

Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document sur son site :

<http://www.hypnose.fr>



« Un cocon magique à portée de main »

MÉMOIRE D.U. HYPNOSE MEDICALE ET CLINIQUE

ROUSTANT Hélène, Sage Femme

Sous la direction du Dr Otman KERKENI

2014 - 2015

REMERCIEMENTS

A mes parents, Joëlle, mon frère, pour leur soutien et spécialement à mon père pour sa précieuse relecture..

A ma famille de coeur. Malik, Sylvie, Stéphane et Virginie...pour leur belle amitié et leur soutien sans failles. Une mention particulière à Sylvie pour ses conseils durant la rédaction de ce travail.

Un immense merci au Dr Otman Kerkeni pour m'avoir éveillée à ce bel outil qu'est l'hypnose, et pour avoir été mon directeur de mémoire.

Merci au Dr Clémence Chazaud, psychiatre à la maternité du CHU pour son aide précieuse dans l'élaboration de ce travail, ainsi qu'à toute l'équipe du réseau périnatal.

Merci à Julia et César pour avoir participé à mes premiers pas en hypnose...

Merci aux patientes qui m'ont fait confiance et m'ont permis de vivre de belles expériences hypnotiques !

Merci à Léna, Blandine et Fanny pour nos dîners hypnotiques qui, je l'espère, vont continuer encore longtemps...

Un grand merci également à tous les formateurs et intervenants de ce D.U dont le professionnalisme et l'enseignement ont été très instructifs tout en étant toujours agréable.

PLAN

INTRODUCTION

5-7

PREMIÈRE PARTIE : L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ESPT) EN OBSTÉTRIQUE ET L'HYPNOSE

1. L'ESPT

1.1 : Épidémiologie et définition	8
1.2 : Ses causes	9
1.3 : Ses manifestations cliniques	9
1.4 : Ses conséquences	10

2. LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT

2.1 : La « grossesse psychique »	10-11
2.2 : le vécu de l'accouchement	11
2.3 : Les troubles psycho(patho)logiques du post-partum	12
a/ Le baby-blues	12
b/ La dépression du post-partum	13
c/ La psychose puerpérale	14
d/ les troubles de stress post-traumatique	14

3. L'ESPT LIÉ À L'ACCOUCHEMENT

3.1 : les facteurs prédictifs	14-17
3.2 : les conséquences	18

4. L'HYPNOSE ET L'OBSTÉTRIQUE

4.1. Qu'est ce que l'hypnose?	18-20
4.2. Un peu d'histoire	20-22
4.3. L'apport de l'imagerie	22

4.4. les différentes utilisations de l'hypnose notamment pendant la grossesse et l'accouchement	23-24
4.5. l'hypnose et l'ESPT?	25-26
4.6. La problématique de ce travail	26-27

DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ET DONNÉES CLINIQUES

1. Description de la population et du cadre de la rencontre	28
2. Les patientes et leur demande	29-40
a. La première patiente, Me V.	
b. La deuxième patiente, Me F.	
3. discussion théorico-clinique	41-45
4. discussion éthique	45
5. Apport de cette étude	45-46

<u>CONCLUSION</u>	47-48
-------------------	-------

<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	49-52
----------------------	-------

<u>ANNEXES</u>	53-56
----------------	-------

Introduction

« L'attitude est une petite chose qui fait une grande différence »

Cette phrase de Winston Churchill résume bien mon sentiment depuis de nombreuses années maintenant.

Déjà, à la faculté de Broussais Hotel Dieu, en première année de médecine, j'avais en tête d'étudier le « cerveau » ou du moins de m'intéresser à cet outil aussi merveilleux qu'inconnu. Mon destin en a décidé autrement et plutôt que des études de médecine je me dirige finalement vers des études de Sage Femme. L'idée de participer à ce monde de la naissance m'attire et me semble beaucoup plus « globale » qu'une autre spécialité médicale.

En effet, je me rends vite compte durant mes stages, que le comportement, l'attitude, l'empathie agissent comme par « magie » avec certains parents et même avec les nouveau-nés. Comme si les choses évoluaient plus favorablement si, en complément d'un apport médical et technique, on adoptait un comportement bienveillant.

C'est une vidéo de T. Berry Brazelton, célèbre pédiatre et professeur à l'université de Harvard (USA) au sein du Child Development Unit (Boston) qui me fascine, un jour, pendant un cours de pédiatrie. Je me rends alors compte que je suis déjà adepte de ce genre d'attitude pour calmer les nouveau-nés et en effet ça marche! Réussir à capter l'attention du bébé, en le mettant dans une position dite « foetale », de confort, le focaliser sur une voix monocorde pour l'étonner et de ce fait le calmer... c'est déjà de l'hypnose mais je ne le sais pas encore!

Par la suite je fais mon mémoire de fin d'études de Sage Femme intitulé « Marseille - Sousse : un pas vers une autre culture » qui étudie l'influence de la culture et des traditions sur le déroulement de la grossesse et l'accouchement en Tunisie. « Un pas » allait en effet tout changer sur ma vision du métier de Sage Femme et ancrer l'idée que notre attitude et nos croyances influencent non seulement nos actes mais aussi notre médecine et nos façons d'exercer. J'ai eu le sentiment qu'il y avait beaucoup de choses à apprendre de ces différentes manières de travailler et que si finalement on s'intéresse au patient dans sa globalité, sa culture, ses propres croyances on devient de meilleurs praticiens pour nos patients.

En 2003, je m'installe à La Réunion et là, niveau culture et croyances j'étais au coeur du sujet.

Exerçant à la maternité de St Louis, petite structure hospitalière ayant un accès très limité (3h par jour) à la péridurale, je rencontre le Dr Otman Kerkeni, médecin anesthésiste. En discutant avec lui, je me rends compte que ce qui pour moi est l'empathie, l'accompagnement verbal de gestes douloureux (sans anesthésie), voire un certain « détournement de l'attention » sont en réalité « des premiers pas d'hypnose ». Je pratique en effet une communication pouvant faire penser à de la communication hypnotique dans des cas difficiles comme une révision utérine ou une délivrance artificielle sans anesthésie en cas d'hémorragie subite du post partum (ne permettant pas d'attendre l'arrivée du médecin anesthésiste).

Référente douleur à la maternité depuis plusieurs années, je demande alors à m'inscrire au D.U. d'hypnose médicale et clinique pour acquérir des connaissances concrètes et optimiser l'utilisation de cet outil.

Entre ma pratique de Sage Femme à la maternité de St Louis et le retour des mes amies/ connaissances sur leurs accouchements, je réalise que les mères se font de fausses idées parfois sur ce qui s'est objectivement passé pendant leur grossesse et leur accouchement et que cela est souvent responsable d'un « traumatisme » des mois voire des années plus tard. Un facteur qui semble essentiel également est la bonne entente avec l'équipe médicale présente ce jour là et le fait d'avoir été écoutée ou non par celle-ci dans des moments difficiles. Ceci d'autant plus lorsque l'accouchement s'est « bien » passé sur le versant médical et que, par conséquent, personne ne prend le temps de revenir sur ce qui s'est passé puisque aux yeux des soignants « tout s'est bien déroulé ».

Ces femmes ont moins l'occasion que celles qui ont eu un accouchement pathologique de revenir sur les circonstances de la naissance et parfois un mot ou un acte incompris va être à l'origine d'une anxiété importante pouvant compliquer le quotidien émotionnel de cette nouvelle famille. L'utilisation de l'hypnose pour toute femme enceinte m'apparaît alors comme un outil particulièrement intéressant dans la prévention de ce « stress post-obstétrical. »

Au départ je souhaite, pour ce mémoire, n'intervenir que sur les accouchements dits « physiologiques », ces patientes étant rarement orientées vers un suivi psychologique le traumatisme passant souvent inaperçu. Ce qui semble intéressant est de prévenir le SSPO (syndrome de stress post obstétrical) et je décide alors d'intervenir en hypnose dans mon service, avec des femmes enceintes, en grossesses pathologiques, et de les recontacter 1 à 2 mois après leur

accouchement qu'il soit physiologique ou non, pour établir si oui ou non elles présentaient des signes de Stress post-traumatiques.

Ce travail n'a pas la prétention de conclure à un apport certain ou non de l'hypnose pour ces patientes compte tenu du petit nombre de cas mais cela étaye un outil d'accompagnement possible dans la périnatalité de ces femmes et de ces couples.

PARTIE UNE : L'état de stress post traumatique (ESPT) **en obstétrique et l'hypnose**

1. L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

D'un point de vue étymologique, la notion de traumatisme désigne une blessure avec effraction et connote la soudaineté de l'accident, la violence du choc, l'effraction dans l'organisme et le bouleversement consécutif. La notion de « traumatisme » est employée de différentes manières, soit pour indiquer un événement unique, une accumulation d'événements ou encore pour décrire l'expérience subjective de cet événement, ou même décrire les séquelles de celui-ci.

Les premières descriptions de l'ESPT datent de la première guerre mondiale. Sa cause envisagée est présentée comme un événement exceptionnel, dépassant les ressources de l'individu. Au fur et à mesure, cette notion s'est élargie à d'autres événements, tels que les catastrophes naturelles, les agressions, les viols, les maltraitances, les abus sexuels etc... Si le versant objectif occupait au départ une place majeure, le vécu subjectif de l'événement tend à devenir prépondérant dans la constitution d'un ESPT et permet ainsi d'admettre que de nombreux événements de vie (dont l'accouchement) puissent générer un ESPT ((20), avis d'expert).

1.1 Epidémiologie et définition

La prévalence de l'ESPT est très variable d'une situation à l'autre : on estime que 3.5% des blessés de la guerre du Vietnam et que 65% des prisonniers de cette même guerre souffriraient d'un ESPT; aux Etats-Unis, 5 ‰ des hommes et 13 ‰ des femmes en seraient atteints ((21), revue d'études).

L'état de Stress Post Traumatique est un terme récent apparu en 1980 dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM III) qui a remplacé celui de névrose traumatique. Sa définition se complétera par la suite dans le DSM IV en 1994, et le DSM V en 2013. Un ESPT est une pathologie complexe, souvent associée à d'autres comorbidités, et ayant de nombreuses répercussions dans la vie du sujet.

La classification psychiatrique du DSM IV (22) le définit dans les troubles anxieux, par six critères (critères A à E) qui comprennent les causes, les manifestations et les conséquences de l'ESPT.

1.2. Ses causes

- critère A1 : *Le sentiment de menace réelle ou imaginaire de l'intégrité physique de l'individu ou d'un proche.*

- critère A2 : *La sensation par l'individu de peur intense, de sentiment d'impuissance ou d'horreur, ou encore de perte du contrôle de la situation.*

1.3. Ses manifestations cliniques

- critère B: *Le fait de revivre de manière persistante l'événement traumatique.*

- critère C: *Un évitement persistant des stimuli associés au traumatisme avec affaiblissement des réactions générales.*

Une diminution de la réactivité au monde extérieur; appelé « émoussement psychique » ou « anesthésie émotionnelle » débute habituellement peu de temps après l'événement traumatique. Le sujet peut se plaindre d'une diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités antérieurement sources de plaisir ou se sentir détaché ou étranger vis-à-vis des autres ou avoir une capacité nettement diminuée à ressentir des émotions (particulièrement celles associées avec l'intimité, la tendresse et la sexualité) .

- critère D: *Des symptômes persistants d'activation neurovégétative.*

Il s'agit de symptômes persistants d'anxiété et d'hyper éveil qui n'étaient pas présents avant le traumatisme. Cela peut se traduire par une difficulté à s'endormir ou à maintenir le sommeil liée à des cauchemars répétitifs durant lesquels l'événement traumatique est revécu, une hyper vigilance, et des réactions exagérées de sursaut. Certaines personnes font état d'une irritabilité ou d'accès de colère ou d'une difficulté à se concentrer ou à mener à bien les tâches.

La plupart du temps cette symptomatologie est incomplète et surtout se modifie avec le temps, sa chronicité entraînant un éloignement de la triade symptomatique initiale(critères B, C, D). Rencontrer un ESPT chronique sous cette forme isolée serait une exception et non la règle (20).

1.4. Ses conséquences

- critère E : *Un diagnostic ne peut être posé que si la durée des symptômes est supérieure à un mois.* A noter que l'ESPT ne décroît pas avec le temps.

- critère F : *une perturbation entraînant une altération du fonctionnement social, professionnel... ou une souffrance cliniquement significative au quotidien,* ce qui permet d'inclure un grand nombre de symptômes et de pathologies telles : anxiété, dépressions, difficultés à envisager positivement son avenir, réactions psychotiques, comportements d'autodestruction, violence et agressivité intra-familiale, troubles alimentaires, abus de toxiques, difficultés de concentration, isolement social, troubles sexuels, difficultés dans la relation mère-enfant.

Au fur et à mesure que l'on s'éloigne du traumatisme initial, les symptômes évoluent, ce qui contribue à masquer l'ESPT. Identifier cet état paraît donc essentiel dans la prise en charge du thérapeute afin de comprendre la résistance ou parfois même l'intensification de certains symptômes aux diverses prises en charge (20).

2. LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT

2.1. La « grossesse psychique »

La grande majorité des femmes accouche de manière « eutocique », par voie basse. En général, la femme et le bon déroulement de son accouchement sont gérés par la sage-femme. Parfois une intervention obstétricale est nécessaire, dans une situation dite pathologique (extraction instrumentale, césarienne par exemple).

Selon Monique Bydlowski (Neuropsychiatre et directeur de recherche à l'INSERM), La « grossesse psychique » est caractérisée par la « transparence psychique », où les contenus de l'inconscient font irruption dans le conscient. Passer de l'état de fille de ses parents à celui de parent de son enfant semble une évidence mais pour l'inconscient cela va représenter une véritable crise psychique que d'inverser les rôles.

D'où un questionnement fréquent des futures mères sur leurs capacités à devenir mère elle-même.. « suis-je capable d'avoir un enfant normal? capable d'accoucher? capable d'être mère? » Ces questionnements, nous les connaissons bien, nous, les sages femmes..

Myriam David, pédopsychiatre, nous dit que la résolution de cette « crise » passe par l'attachement progressif au bébé pendant la grossesse. Mais notre surveillance médicalisée, systématisée et axée sur le dépistage ou la surveillance de la pathologie maternelle et foetale entrave parfois ce processus d'attachement et peut provoquer une inquiétude grandissante des mères, un mal être, une démotivation.

Marie Hélène De Valors, sage femme et sophrologue, nous livre par son expérience, qu'il est souhaitable de mettre en place le processus d'attachement avant l'accouchement afin d'optimiser la dilatation du col et diminuer l'intensité de la douleur. Mais ce processus n'est pas toujours évident et c'est le fruit d'un travail psychique qui permet de « lever les barrières émotionnelles ».

La question du « suis-je capable » va être expérimenté par la mère lors de son accouchement. On imagine aisément qu'une hospitalisation pendant la grossesse peut déjà constituer un frein à une réponse positive à cette question.

Il semble que même lorsque tout se déroule de manière eutocique pendant l'accouchement, cela peut ne pas correspondre à ce que la femme avait imaginé, souhaité et que son accouchement ne lui semble pas « bien passé » pour autant.

De la même manière, pour la grossesse lorsque l'on demande « Votre grossesse s'est bien passée? » , une proportion importante de patiente répond « non » alors que le suivi global de la grossesse est resté physiologique.

Certains blocages lors de l'accouchement comme la stagnation de la dilatation sont, en pratique améliorés de façon notable par une ré-assurance de la patiente ou une prise en charge de sa douleur qu'elle soit psychique ou somatique. Cela montre bien le lien entre le psychisme et le bon déroulement d'un accouchement. Dans notre maternité, certaines infirmières anesthésistes formées à l'hypnose expérimentent d'ailleurs des techniques hypnotiques qui semblent déjà efficaces pour débloquer cette situation.

2.2. Vécu de l'accouchement

Par ces caractéristiques psychologiques et physiologiques l'accouchement peut être décrit comme une expérience extrême et son vécu dépend de multiples facteurs. Actuellement, les peurs

de la parturiente sont souvent prises en compte dès la grossesse, lors de la préparation à l'accouchement. Différentes méthodes sont proposées à la femme, afin de lui apprendre à se détendre, à gérer les contractions et les émotions durant le travail.

Dans une étude prospective avec 1111 femmes, 50,3% des femmes ont décrit une expérience globale très positive (Waldenström, 1999). Les résultats de cette étude montraient que la satisfaction des patientes était lié au contrôle perçu pendant l'accouchement, au soutien des sages-femmes, à l'anxiété (situationnelle), la douleur et la parité.

2.3. Les troubles psycho(patho)logiques du postpartum

L'observation d'une altération de la santé mentale chez certaines parturientes se retrouve déjà dans les écrits du XIXe siècle (Esquirol, 1836). Ainsi, J.P. Esquirol a décrit des troubles psychiatriques modérés et sans prise en charge psychiatrique chez les nouvelles mères (Dayan et al., 1999). En 1858, son élève Marcé publie son traité intitulé « De la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices ».

La grande sensibilité de la femme autour de la naissance, est associée à un risque de plus grande vulnérabilité pour les troubles psychopathologiques. Unger & Rammseyer (2001) montrent que la probabilité d'être hospitalisée dans un hôpital psychiatrique n'est jamais aussi élevée dans la vie d'une femme qu'en période postnatale.

Les études quantitatives dans ce champ ont débuté à partir des années 1950 (Dayan et al., 1999).

Aujourd'hui, de nombreux traités existent concernant la psychopathologie périnatale. La terminologie pour classifier les troubles psychopathologiques diffèrent entre les pays. La terminologie internationale (anglo-saxonne) sera choisie afin de décrire ces troubles.

a/Le baby-blues

Il est considéré comme un état « normal » bien qu'anxiogène. Dans le postpartum immédiat (de quelques heures à quelques jours), environ la moitié des femmes (50 à 70%, selon Rohde & Dorn, 2007 voire plus selon d'autres) présentent des troubles de l'humeur. Ils se manifestent essentiellement par des pleurs incessants accompagnés parfois de tristesse, une labilité de l'humeur. Cet état non-pathologique fréquent disparaît généralement au bout de quelques jours (O'Hara et al.,

1991). Pourtant, il est désigné comme un facteur de vulnérabilité pour le développement de la dépression du postpartum (Teissèdre & Chabrol, 2004). La littérature médicale associe le baby-blues à la chute hormonale post-accouchement. Des facteurs subjectifs semblent également associés à la survenue et à l'intensité du baby-blues, comme par exemple l'intensité de la douleur durant l'accouchement (Boudou et al., 2008).

Les sages femmes connaissent bien ce baby-blues, et il peut être favorisé, selon les femmes, par la notion de « ventre vide », la confrontation de « l'enfant imaginaire » avec « l'enfant réel », la fatigue, le manque de sommeil, les fréquentes visites qui s'immiscent dans cette délicate relation mère-enfant où la mère fait son apprentissage. Cet état est transitoire et dure en moyenne 24 heures. Il se résout le plus souvent avec une nuit de sommeil réparateur et une ré-assurance de l'équipe. Cependant son dépistage et sa surveillance semblent importants dans la prévention de la dépression du postpartum.

b/ La dépression postpartum

La présentation clinique de la dépression du postpartum peut être comparée au commencement à celle du baby-blues. Cependant l'humeur dysphorique est plus importante, accompagnée de tristesse, de perte d'intérêt (même pour l'enfant), de troubles de concentration, d'agressivité, d'angoisse et d'irritabilité. Les mères souffrent d'insomnie, d'épuisement, de modification de l'appétit avec des variations importantes de poids, de ralentissement psychomoteur et de sentiments d'incompétence. Une majorité des femmes dépressives éprouve une profonde honte de ne pas ressentir d'amour et d'affection pour leur enfant. Leur sentiment de culpabilité est lié à leur idée de ne pas pouvoir être ce qui correspond à leurs représentations d'une « bonne mère ».

Déjà décrites en 1978 par Monique BYDLOWSKI , les dépressions du postpartum sont un état durable qui apparaît après la sortie de la maternité. Les mères ressentent une angoisse importante qu'elle ne comprennent pas et délèguent parfois le rôle parental au conjoint, au pédiatre, à la sage femme, à la crèche etc..

Les symptômes de dépression postnatale peuvent surgir quelques semaines, voire quelques mois après l'accouchement. La prévalence est estimée à 10-20% selon les études (O'Hara & Swain, 1996 ; Andrews-Fink, 1999) et elle peut varier tout au long de la première année du postpartum

(Matthey et al., 2004). En France, la prévalence de la dépression sévère est estimée à 16,8% entre la 4ème et la 6ème semaine du postpartum (Teissèdre & Chabrol, 2004).

Sans intervention thérapeutique les symptômes peuvent persister plusieurs mois, voire au-delà d'un an.

c/ La psychose puerpérale

Cette psychopathologie est relativement rare (1 à 2 mères / 1000), mais elle nécessite une prise en charge psychiatrique dans le meilleur délai, avec une hospitalisation en service spécialisé dans la majorité des cas (Brockington, 1996). Les psychoses débutent souvent dans les 10 premiers jours du post-partum (Kendell et al., 1987).

Les symptômes ne diffèrent pas des symptômes des psychoses en général. L'entourage de la mère peut être effrayé et affecté par son comportement inapproprié et incompréhensible vis-à-vis de l'enfant. Les thématiques délirantes sont en effet centrées le plus souvent sur l'enfant et doivent amener à une vigilance particulière.

d/ Les troubles de stress post-traumatique

Nous allons étudier plus particulièrement ce trouble dans le chapitre suivant.

3. L'ESPT LIÉ À L'ACCOUCHEMENT

3.1 Les facteurs prédictifs

Le concept de « stress post obstétrical » commence depuis peu à apparaître dans la littérature et les études montrent que sa fréquence n'est pas négligeable. Une prévalence moyenne de 2% de femmes qui manifestent un ESPT en postpartum est reconnu et un tiers des femmes présentent des symptômes cliniquement significatifs d'un ESPT (revue de la littérature Olde et al., 2006 ; Denis & Callahan, 2009).

Donner naissance peut être considéré comme un événement majeur et parfois extrêmement stressant dans la vie d'une femme. Plusieurs études démontrent que l'accouchement peut être une expérience traumatique « pouvant même entraîner un état de stress post-traumatique ». En effet, un tiers des primipares considère leur accouchement comme une expérience traumatique (1-5)

-Dans une étude prospective concernant 75 femmes multipares, *des antécédents obstétricaux difficiles* (variant de la simple dystocie à la naissance d'un enfant mort-né) ont paru exercer un effet délétère sur un futur accouchement. La prise en charge psychologique de ces femmes pendant la grossesse suivante semblait améliorer considérablement le pronostic du nouvel accouchement (26).

-Une autre étude prospective concernant 1640 femmes (25) a montré que le principal facteur de risque de développer un ESPT de l'accouchement présent était d'avoir *un mauvais vécu d'un accouchement antérieur*. Dans cette même étude, les antécédents psychiatriques apparaissaient aussi, mais de manière moins significative.

-Dans une revue d'articles (21), l'auteur décrit qu'*un antécédent traumatique obstétrical lié à la grossesse* et non à l'accouchement constitue aussi un facteur de risque d'ESPT. Une étude de cas isolés (24) confirme que des antécédents de fausses-couches, grossesse extra-utérine, infertilité, pré-éclampsie, alitement, hydramnios ou hospitalisation pendant la grossesse prédisposent les femmes à l'ESPT.

Les femmes ayant subi des agressions sexuelles ont parfois le sentiment de revivre leur agression au moment de l'accouchement de par leur position physique, la pression exercée au niveau vaginal par la tête du bébé, mais également les « ordres » donnés par le personnel soignant. (21) et sont ainsi plus à risque de développer un ESPT lié à l'accouchement.

Le stress pendant l'accouchement apparaît multifactoriel dans toutes les études, qui privilégient selon les cas ou de manière associée les facteurs objectifs ou subjectifs. Concernant les facteurs objectifs, une étude prospective comprenant 1550 femmes (27), Söderquist retrouve un taux statistiquement significatif plus élevé d'ESPT chez les femmes ayant subi un accouchement par césarienne en urgence ou par forceps par rapport aux femmes ayant accouché par césarienne programmée ou par voie vaginale sans instrument particulier. En effet, dans les suites de la césarienne en urgence, les femmes décrivaient un ensemble de sentiments négatifs variant de la

peur extrême à la déception en passant par la colère et la culpabilité de n'avoir pu mener leur accouchement de manière eutocique.

Une étude prospective concernant 136 femmes en bonne santé (28) a montré qu'un état de stress pendant l'accouchement (déterminé objectivement par la mesure du cortisol salivaire) était associé à un retard de la montée de lait comparativement aux femmes non stressées; Dans cette même étude, un état de stress important est retrouvé chez les femmes primipares ayant nécessité une césarienne en urgence ainsi que chez les femmes ayant accouché par voie vaginale mais avec une phase d'expulsion prolongée. En tant que sage femme, il est notable au quotidien que la réussite de l'allaitement maternel est très important pour les femmes et notamment celles ayant eu un accouchement qu'elles considèrent difficile (prématurité, césarienne..) Il est donc aisé de penser qu'un échec de leur allaitement ou une montée de lait retardée constitue un élément important de « culpabilisation » supplémentaire de ces mères.

Dans le travail de H. Montmasson (5) , on observe une vision plus globale de la psychopathologie du postpartum où les événements obstétricaux et psychologiques ont pu être pris en compte conjointement. Cette étude pointe l'importance du vécu subjectif de la mère pendant l'accouchement et la perception de complications prédisant massivement l'ESPT du postpartum tardif. Elle a montré l'intérêt d'une évaluation de l'anxiété et du stress aigu juste après l'accouchement puisque des scores élevés d'anxiété-état et de stress aigu prédisent un ESPT trois à six mois plus tard. L'évaluation de la personnalité a permis d'identifier un autre facteur de vulnérabilité : la *personnalité dépendante* comme prédictive du développement d'un ESPT.

Certaines études (23, 25, 29) insistent particulièrement sur *ces facteurs prédictifs d'ESPT* :

-*Une douleur extrême*, signalée à plusieurs reprises dans la littérature comme associée à un plus fort niveau de stress (21, 23, 25) et associée au développement de l'ESPT

-Deux études prospectives ((25), 1640 femmes), ((29), 264 femmes), ont insisté sur l'effet délétère d'*une mauvaise communication avec l'équipe soignante ainsi que d'une insuffisance d'informations données à la patiente pendant son accouchement*. La présence du conjoint pouvait aussi apporter dans certains cas une aide non négligeable. Ces deux études retrouvaient beaucoup plus d'ESPT chez les femmes mécontentes de l'équipe soignante pendant leur accouchement. Ces patientes avaient le sentiment d'être ignorées voire méprisées par les soignants, de n'avoir pas été

informées ou encore de n'avoir pas pu participer aux décisions prises pendant l'accouchement, tout cela contribuant au mauvais vécu de leur accouchement (23).

Le Dr REYNOLDS (4) professeur d'université et chef du département de « Family Medecine » à Londres insiste sur la nécessité de soins « attentifs » qui incluent la compréhension de l'expérience vécue par la femme.

Il apparait également dans la littérature (3) qu'un accouchement peut déclencher un ESPT lié à un autre événement. Par exemple, dans le cas d'une mère rescapée d'une guerre récente dans son pays qui décrivait des cauchemars répétitifs liés à cet événement traumatisant pendant sa grossesse, le processus d'attachement à son bébé allait peu à peu l'aider à dépasser ses symptômes. Le jour de l'accouchement, la dilatation se passe bien mais au moment de l'expulsion elle s'est sentie contrainte de pousser plus fort par la sage femme et avait le sentiment qu'il lui fallait plus de temps. Il y a alors une forte pression utérine externe et 2 semaines après l'accouchement, elle revécut, en plein jour, au moment où elle s'y attendait le moins, des scènes entières de guerre. Cet état allait durer plus de deux mois. Quelques années plus tard, le lien sera fait entre la pression utérine « contrainte » et « l'oppression subie ». Cela aurait fait rejaillir les symptômes de son ESPT. La question se pose alors du lien entre le ressenti d'un événement du passé et ce même ressenti qui aurait lieu à l'accouchement.

Toutes les études s'accordent pour affirmer que quel que soit le type d'accouchement, *la peur intense des femmes pour leur vie ou celle de leur enfant ainsi qu'un sentiment d'impuissance ou d'horreur* suscité par l'accouchement sont des facteurs de risque majeurs d'ESPT.

Le vécu subjectif de l'accouchement, une mauvaise communication avec l'équipe soignante, les antécédents obstétricaux difficiles, les antécédents de traumatismes dont les agressions sexuelles notamment, tout comme l'isolement social, la personnalité ou encore le niveau de stress et d'anxiété au décours de l'accouchement sont des facteurs qui favorisent l'émergence d'un ESPT dans le postpartum (5). Dépister ces facteurs précocement permet d'identifier les femmes les plus à risque afin de leur proposer une prise en charge spécialisée.

Il convient donc aux soignants d'être particulièrement vigilants chez les femmes qui décrivent pendant leur accouchement un sentiment de dépersonnalisation car il est le témoin d'un stress intense totalement incontrôlé et représente une réaction de défense psychique d'ultime recours pour traverser ce stress (20, 21, 23, 24).

Les troubles psychiques du postpartum de part leur fréquence et leurs répercussions sont un enjeu majeur de santé publique car les interactions très précoces entre la mère et son nouveau-né sont nécessaires au bon développement de l'enfant.

3.2 Ses conséquences

L'individualisation des répercussions post-traumatique est récente et l'ESPT est peu diagnostiqué malgré les conséquences majeurs, notamment une comorbidité dépressive fréquente en post partum (45% à un mois et 43% à 4 mois) (2). L'ESPT évolue sur une durée de plusieurs mois et même parfois plusieurs années.

La grande majorité des personnes ayant vécu un événement traumatisant montre des symptômes de stress aigu dans les premiers mois post-événement. Cependant, une résolution spontanée a pu être constatée chez deux tiers des personnes affectées au cours des premières semaines suite à la survenue de l'événement. Une persistance des symptômes supérieure 3 mois est associée à un pronostic défavorable. Pour environ un tiers des personnes exposées, les symptômes persistent même 10 ans après avoir vécu l'événement traumatisant (Märcker, 2003).

L'ESPT du post partum peut être associé à un évitement des relations sexuelles par peur d'un nouvel accouchement, des avortements répétés et parfois même des demandes de césarienne pour motif personnel. La présence du bébé peut également constituer un stimulus de rappel traumatique. Cette reviviscence traumatique risque de perturber la relation mère enfant et être à l'origine par exemple de troubles dans le processus d'attachement de type insécure ou anxieux.

Après une revue des différents troubles du post-partum et des spécificités de l'état de stress post-traumatique et obstétrical, nous allons aborder l'hypnose et son lien avec l'obstétrique.

4. L'HYPNOSE ET L'OBSTÉTRIQUE

4.1. Qu'est ce que l'hypnose?

Quoi de plus plaisant lorsqu'on s'appelle Hélène Roustant que de commencer le chapitre concernant l'hypnose par le titre d'un des nombreux livres d'un grand Monsieur de l'hypnose contemporaine en France, François Roustant...! Né en 1923, François Roustant est théologien, philosophe et psychanalyste de formation. Ses écrits fournissent de nombreux éclairages sur la

nature même de l'hypnose: « amener quelqu'un à l'hypnose c'est l'amener à découvrir ce qu'il y a de plus essentiel en lui et à régler son problème; On n'a pas besoin de l'intervention précise du thérapeute »

L'hypnose a de multiples définitions mais je vais débiter ce chapitre par quelques une d'entre elles qu'il a confié lors d'une conférence sur France culture en 2012 (6):

« l'hypnose c'est un effort de confusion »

« l'hypnose c'est se mettre dans le mouvement, se laisser tomber dans sa situation telle qu'elle est, c'est prendre sa place à soi sans se poser de question »

« l'hypnose c'est ignorer tout ce que l'on est et se laisser faire »

« l'hypnose est un état de confusion générale, donc c'est la fin de la maîtrise et on ne sait plus rien »

« l'hypnose c'est la transposition des rêves dans la vie diurne »

Selon Milton H. Erickson en 1980, l'hypnose est « *un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages* ».

Plus récemment, en 2007, la « Society of psychological hypnosis » propose elle aussi une définition sous forme de description dont voici quelques extraits:

« *L'induction hypnotique est une suggestion initiale à utiliser sa propre imagination* »

« *La procédure hypnotique est utilisée afin d'encourager les réponses aux suggestions. Lors de l'utilisation de l'hypnose, une personne (le sujet) est guidée par une autre (l'hypnothérapeute) afin de répondre à des suggestions de changements au travers d'expériences subjectives de modifications de perceptions, de sensation, d'émotion ou de comportement* »

« *Certains pensent que ces expériences et ces réponses hypnotiques seraient caractéristiques d'un état de conscience particulier* »

« *Classiquement la procédure hypnotique implique des suggestions de relaxation, cependant la relaxation n'est pas nécessaire pour parvenir à un état hypnotique, et différentes variétés de 50 suggestions peuvent être utilisées, y compris celles qui encouragent à augmenter son état d'alerte* »

Aujourd'hui, la définition la plus répandue mais qui ne fait toujours pas l'unanimité, consiste simplement à définir l'hypnose comme étant « un état de conscience modifié ».

Le schéma du processus hypnotique est cependant commun à tout type de définition (12):

1. le patient arrive focalisé sur un problème, un symptôme.
2. le thérapeute va le défocaliser par des exercices d'induction. Cela va l'amener à se centrer sur une perception en oubliant l'existence des autres. c'est « l'induction »
3. Ensuite, c'est la phase de dissociation où la personne est dissociée de la perception du quotidien pour rentrer dans un autre type de perception : la perceptude, phase dans laquelle le patient est susceptible et peut se rendre compte, s'il adhère à l'accompagnement, du changement possible.
4. C'est la phase de la perceptude. Cette phase « en mouvement », va utiliser les ressources du patient et lui permettre d'observer différemment son problème et même un petit « pas de côté » va pouvoir modifier sa vision des choses.
5. C'est la phase de retour à la sensorialité ordinaire avec les modifications amenées pendant la séance.

Parmi de nombreuses définitions de l'hypnose, il m'a semblé que celle proposée par Antoine Bioy, Chantal Wood et Isabelle Célestin-Lhopiteau (12) est la plus concrète et la plus complète pour conclure ce chapitre:

«L'hypnose est un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi. »

4.2. Un peu d'histoire

L'hypnose en tant qu'état dissociatif existe depuis la nuit des temps, très souvent lié à la magie, au chamanisme et à la religion. Le terme « hypnose » n'est apparu qu'au XIX^{ème} siècle faisant suite à de nombreux termes très différents les uns des autres. Chaque terme faisait en effet référence à son époque, ses croyances et la médecine pratiquée à ce moment là. Par exemple, l'approche de Charcot, au XIX^{ème} siècle faisait de l'hypnose un symptôme de l'hystérie, pathologie très présente dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, alors que historiquement, l'hypnose a été portée pendant très longtemps par la tradition chamanique (ce qui est d'ailleurs encore le cas dans certaines civilisations contemporaines).

L'hypnose, telle que nous l'appelons aujourd'hui dans le champ médical ne remonte qu'au XVIII^{ème} siècle avec en particulier, un médecin, le Dr Franz Anton MESMER (1734-1815) utilisant un « champ animal magnétique », grâce à des minéraux qui à son propre contact vont

développer un fluide provenant des étoiles et permettant de revitaliser « la substance nerveuse » des patients. Le « magnétiseur » possède alors le pouvoir de recevoir ce fluide et son passage vers le patient est facilité, selon Mesmer, par un regard intense dirigé vers le patient.

Le magnétisme animal, deviendra alors « hypnotisme » ou « hypnose » dans le courant du XIXème siècle grâce à des disciples non médecin de Mesmer, celui ci ayant été discrédité et rejeté par le roi Louis XVI, car menaçant le pouvoir royal.

Entre le XIXème et le XXème siècle, ce sont le pharmacien Emile Coué (1857-1926) et le psychiatre Pierre Janet (élève de Charcot, 1849-1947) qui vont faire apparaître la notion d'auto-suggestions hypnotiques pour l'un et de « potentiel thérapeutique de l'hypnose » pour l'autre.

Au début du XXe siècle, l'hypnose connaît en France un déclin important mal expliqué, alors que l'on continue à l'étudier aux Etats-Unis. Milton H. Erickson (1901-1980) est considéré comme le rénovateur de l'hypnose médicale. Psychiatre américain ayant une paraplégie depuis l'âge de 17 ans due à une poliomyélite, il entreprend sa propre rééducation grâce à des stratégies mentales qu'il appellera plus tard « l'auto-hypnose ». Pendant ses 50 années de pratique, il développe une hypnose basée sur des techniques de suggestions indirectes et non pas directes, et de métaphores, réalisées de manière non autoritaires, mais plutôt permissives. Le thérapeute sait que la personne possède les ressources nécessaires au changement, et il sait les utiliser pour lui permettre d'y accéder. Il crée alors en 1957 l'American Society of Clinical Hypnosis.

En 1968 le Centre de Thérapie Brève apparaît au sein du *Mental Research Institute* à Palo Alto en Californie. Les avancées concomitantes en matière de communication de l'école de Palo Alto et M. Erickson, vont permettre l'ouverture vers une hypnose dite conversationnelle et ce sera un outil majeur d'avancée de l'hypnose thérapeutique actuelle, notamment dans la relation soignant-soigné.

M. Erickson mourut le 25 Mars 1980 à l'âge de 79 ans, six mois avant le premier Congrès International lui étant consacré. Son apport est tellement fondamental qu'aujourd'hui la plupart des hypnothérapeutes font référence à son œuvre. Il donna un nouvel essor à l'hypnose, la faisant entrer dans le champ de la psychothérapie et la modernisant. En effet, son approche innovante révolutionna la manière de pratiquer l'hypnose.

Pendant ce temps là, en France l'hypnose avait semblé marquer un temps d'arrêt mais dans les années 1950, ce fut essentiellement Léon Chertok (1911-1991), psychiatre de formation psychanalytique, qui donna dans l'hexagone un nouvel élan à la pratique de l'hypnose et qui prit sa

défense dans le monde médical. Il pratiquait l'hypnose de manière classique, directive et directe. De formation analytique, il enfreignit cependant l'interdit de son maître et analyste Jacques Lacan et voyait dans la relation hypnotique la création d'un lien affectif archaïque et développa selon le modèle éthologique le concept d'attachement.

Dans cette perspective émergeait clairement selon lui le caractère non sexuel de l'hypnose, qui déconcertait tellement Freud. Si ses recherches se poursuivirent dans un contexte thérapeutique nettement hostile, il ne cessa de présenter son combat comme au service d'une psychanalyse devant pour survivre intégrer la condition hypnotique.

Vers la fin des années 1970, François Roustang, se forma à l'hypnose et l'intégra dans sa pratique. Il s'éloigna peu à peu de l'école analytique, et s'attacha à décrire les différentes étapes de l'hypnose ainsi qu'à développer de nouveaux concepts dans différents ouvrages, comme celui d'état "d'éveil paradoxal".

Reconsidérant la place du thérapeute ainsi que celle du corps dans la thérapie, travaillant la notion de changement rendu possible par le "non-vouloir", encore appelé aujourd'hui le « lâcher-prise », François Roustang est un des plus brillants penseurs de l'hypnose dans le monde francophone actuel, comme le rapporte le Dr Jean Marc Benhaiem en 2009 (10).

Dans la diversité des pratiques proposées, on peut distinguer la communication hypnotique, l'hypnoalgésie (hypnose utilisée à visée antalgique) , l'hypnosédation (hypnose utilisée à visée sédative) et l'hypnothérapie (usage psychothérapeutique de l'hypnose).

Notons le travail considérable effectué par le Pr Faymonville au CHU de Liège dans le traitement de la douleur de ce qu'elle appela l'hypnosédation, ayant permis de réaliser de nombreuses interventions chirurgicales nécessitant jusqu'alors une anesthésie générale.

La recherche dans ce même domaine et la mise en place d'un premier Diplôme Universitaire à Paris VI par le Dr Benhaiem en 2000 attestent de l'intégration et de la reconnaissance de l'hypnose dans la sphère médicale même si il n'est pas reconnu à ce jour par l'ordre national des médecins.

4.3. L'apport de l'imagerie médicale

Depuis les années 30, la recherche scientifique se penche sur les phénomènes hypnotiques.

L'électroencéphalogramme permet initialement de distinguer l'état hypnotique (mélange d'ondes alpha, bêta et téta) de l'état de veille (ondes bêta) ou de sommeil (ondes téta). Le cerveau sous hypnose est donc véritablement dans un « autre » état tout à fait naturel.

Depuis 1985, l'avènement des techniques d'imagerie cérébrale permet d'explorer ce phénomène. Ces techniques d'imageries récentes ont permis de montrer que l'activité corticale n'est pas localisée dans les mêmes régions du cerveau lorsqu'un sujet est en état de veille, en état de relaxation ou sous hypnose.

L'imagerie a également démontré que les zones activées dans le cerveau pour un placebo étaient différentes de celles activées lors de l'hypnose, ce qui différencie cette dernière d'un éventuel placebo. La perception de la douleur observée en état hypnotique est corrélée avec l'activité de la partie ventrale du cortex cingulaire antérieur. Cette zone sera alors très étudiée pour comprendre l'hypnose (notamment par l'équipe du Pr Faymonville à Liège et le Pr Rainville à Montréal).

Le cortex cingulaire antérieur est alors reconnu comme étant impliqué dans les processus d'interaction entre les perceptions cognitives et émotionnelles liées aux modifications d'un état attentionnel et émotionnel (7).

D'autres études (8) vont également démontrer que l'hypnose peut moduler l'aspect sensoriel de la douleur mais également les perceptions liées à cette dernière et cela sera très utile en thérapeutique.

4.4. Les différentes utilisations de l'hypnose notamment pendant la grossesse et l'accouchement

L'hypnose a de très nombreuses utilisations et dans des domaines qui peuvent être différents les uns des autres. Les techniques utilisées sont variées et plusieurs sortes de techniques peuvent être utilisées en fonction du type d'hypnose pratiquée.

- En communication hypnotique, seront utilisées des techniques linguistiques ainsi que des techniques relationnelles.
- En hypnose conversationnelle, seront ajoutées des techniques de focalisation.
- En hypnose thérapeutique viendront encore s'ajouter des techniques de dissociation.

- Les suggestions : celles-ci peuvent être ouvertes ou fermées. Les suggestions fermées sont des consignes que le patient doit suivre, tandis que les suggestions ouvertes sont beaucoup plus permissives, elles sont des invitations qui laissent le choix au patient.
- Dans le domaine de l'analgésie, les suggestions peuvent être directes comme en anesthésie anesthésie par exemple (corps cotonneux, pommade anesthésiante, anesthésie en gant, interrupteur de la douleur...) ou plutôt dissociatives, qui éloignent de la douleur (imaginer qu'une partie du corps ne fait plus partie de soi, transférer la douleur à un autre endroit du corps et faire une réification..).

La grossesse est un état particulièrement propice à l'hypnose. En effet, elle est l'occasion pour la femme d'un réaménagement physique, psychologique et social, parfois source de stress et de troubles divers. L'hypnose pourrait alors être une aide précieuse pour que les femmes retrouvent un équilibre. De plus, selon M Bydlowski, la grossesse est "le moment d'un état psychique particulier, un état de susceptibilité ou de transparence psychique où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience" (11). Pour Winnicott, elle est le moment où "l'inconscient est à fleur de conscience" . Le "travail" hypnotique s'en trouve facilité. A noter aussi que l'hypnose est un outil, parmi d'autres, qui permet de pallier aux nombreuses contre-indications médicamenteuses lors de la grossesse.

En obstétrique, les utilisations de l'hypnose sont nombreuses et ne se limitent pas à l'accouchement. Les praticiens seront majoritairement des médecins anesthésistes, des psychologues ou des sage-femmes exerçant en maternité.

L'hypnose peut être pratiquée pour toute problématique en lien avec la grossesse, l'accouchement et le postpartum. Pendant la grossesse, on pourra l'utiliser pour des nausées, vomissements, de l'anxiété, addictions, troubles du sommeil, préparation globale à l'accouchement et relation avec l'enfant à venir. Lors de l'accouchement, cela sera intéressant pour aider à apprivoiser les peurs liées à la naissance (contractions, douleur..), les examens gynécologiques, les piqûres dont la péridurale, les douleurs induites, le stress lors d'une décision de césarienne, mais aussi les fausses couches, les accouchements prématurés...Après l'accouchement, cela peut consister en un « débriefing » de la grossesse et l'accouchement afin de rechercher un mauvais vécu éventuel, mais aussi une réassurance des nouveaux parents..

L'accès à l'hypnose reste cependant limité en obstétrique par le peu de praticiens formés, même si ce nombre est en constante évolution depuis quelques années.

4.5. L'hypnose et L'ESPT

La dissociation est le principe même de l'hypnose : être à la fois ici et ailleurs, dans le présent et dans un souvenir, en train de percevoir une douleur et sa respiration, ou de se positionner à la fois comme acteur et spectateur de sa propre expérience.

A noter que la dissociation dont il est question en hypnose n'est pas pathologique à la différence de celle désignant parfois une caractéristique psychopathologique (dans la schizophrénie par exemple). En hypnose, « la dissociation correspond à un nouvel équilibre psychique du sujet qui perçoit alors son univers de façon différente » (Bioy et coll., 2010, op. cit. p. 7).

L'hypnose est donc un état dissociatif défini comme naturel qui intervient au quotidien. Nous faisons tous l'expérience de "partir dans nos pensées", comme par exemple lorsque l'on sort du travail et rentrons à notre domicile. On ne prend parfois conscience du trajet et de cet état que quand nous le quittons et que nous arrivons chez nous. De mêmes moments hypnotiques interviennent lors d'une conférence, d'une discussion, ou devant un film.

De nombreux auteurs considèrent que ce même phénomène entre en jeu en situation de déséquilibre, d'agression, de situation accidentelle, de catastrophe voire de destruction. Janet, Freud et Breuer étudiaient la triade "hypnose-dissociation-trauma". Ils pensaient qu'au moment de l'agression, le sujet, dans un état de « transe », vivait un traumatisme qui ne s'exprimerait pas dans la mémoire lors du retour de la conscience.

L'état dissociatif serait essentiellement un moyen de défense non spécifique du psychisme devant une agression quelle qu'elle soit, qu'il parvienne ou non à aider le patient. Or, la dissociation, si elle peut faire partie du problème, peut déjà faire partie de la solution.

En France, l'utilisation de l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) est recommandée pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique par la Haute Autorité de la Santé (HAS). L'étude comparative primordiale de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) de 2004, qui publie une évaluation de trois approches psychothérapeutiques différentes, conclue que l'EMDR et les TCC (thérapies comportementales et cognitives) sont des thérapies efficaces dans la prise en charge des victimes. Ceci sera confirmé par le rapport INSERM de 2015 sur « l'évaluation de l'efficacité de l'hypnose ». En effet, l'EMDR étant basé sur des techniques d'hypnose il semble envisageable de relier l'hypnose au traitement des ESPT.

En aout 2013, l'OMS publie des orientations sur les soins de santé mentale après un traumatisme. Elles recommandent « une aide psychologique de première urgence et envisagent d'orienter les patients en état de stress post-traumatique vers des traitements spécialisés tels que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou une nouvelle technique dite de désensibilisation et de retraitement par le mouvement des yeux (EMDR). »

L'approche hypnotique est utilisée au cours de la thérapie EMDR pour induire un état de conscience modifié, offrir un lieu de sécurité au patient etc.... Ce ressenti de bien-être permet d'être exposé au matériel traumatique tout en gardant contact avec l'ici et maintenant sécuritaire, ce qui évite le risque d'une « retraumatisation ». Des suggestions directes et/ou indirectes, l'emploi de métaphores, les techniques de dissociation, de contenance ou d'apaisement peuvent ainsi être utilisées au cours d'un traitement EMDR (13). Néanmoins, lors de la phase de désensibilisation, aucune suggestion n'intervient et le patient ne présente aucun état modifié de conscience.

4.6. La problématique de ce travail

Parmi toutes les facettes de l'ESPT obstétrical et ses facteurs prédictifs, il semble facile de relier l'hypnose et ses apports. En effet, maintenir une safe-place, modifier certaines perceptions d'événement traumatisant antérieur, améliorer le vécu des événements, établir une communication adaptée, favoriser les ressources personnelles des patients, gérer au mieux les douleurs ressenties, tout ceci apparaît comme essentiel pour toute femme enceinte.

Le but recherché à travers cette réflexion serait alors de prévenir la survenue d'ESPT grâce à l'utilisation de l'hypnose pendant la grossesse (et même dès le désir de grossesse), afin de préparer les parents à vivre cette aventure émotionnelle de la manière la plus confortable possible quel que soit son déroulement. Cet outil serait à la disposition des patientes grâce à l'apprentissage de l'auto-hypnose et permettrait de maintenir une « safe place » par exemple, les protégeant des effets traumatisants possibles de la grossesse et de l'accouchement.

Mon hypothèse concernant la prévention des symptômes de stress post-traumatique est qu'il faut travailler sur les peurs et croyances limitantes des patientes concernant la naissance. La dimension émotionnelle et subjective de la douleur semble majeure dans le développement d'un ESPT. En effet, au décours de nombreuses années en maternité, on observe que l'influence de la culture et des croyances a un impact non négligeable sur le déroulement des événements.

Nous allons donc centrer les séances d'hypnose sur ce qui angoisse le plus la patiente (selon ses propres dires), transformer cette « émotion » négative pendant la transe, ancrer une « safe-place » et lui suggérer de l'utiliser par la suite en auto-hypnose. Tout ceci dans le but d'améliorer le vécu de la grossesse et l'accouchement quelque soit son déroulement. Recentrer les patientes sur leurs émotions va également favoriser leurs ressources personnelles et faciliter l'acquisition de l'auto-hypnose.

Pour chaque patiente il n'y a qu'une séance d'hypnose avant l'accouchement. Par la suite un débriefing aura lieu quelques semaines après la naissance pour évaluer le vécu des femmes et l'éventuelle apparition de symptômes post-traumatique.

L'idée est que la transformation des peurs et croyances limitantes des patientes leur permet, via l'auto-hypnose, de maintenir une zone de confort limitant la survenue de symptômes d'ESPT.

La dissociation péri-traumatique, selon certains auteurs, dont Pierre Janet, serait à l'origine même de l'ESPT. Mais si cette dissociation, en la maîtrisant grâce à l'hypnose pouvait également prévenir l'ESPT? C'est tout l'enjeu de cette problématique qui, bien sûr, mériterait une étude bien plus conséquente.

Ces deux cas cliniques ont pour but d'illustrer ce vaste sujet...

DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ET DONNÉES CLINIQUES

1. Description de la population et du cadre de la rencontre

La population de patientes sera celle hospitalisée en grossesses pathologiques, service du Pôle Femme-Mère-Enfant du Centre Hospitalier Universitaire de St Pierre à l'Île de la Réunion où je travaille actuellement.

Les patientes recherchées pour ce travail sont des primigestes (première grossesse) et de ce fait n'ayant aucun vécu antérieur d'accouchement. Le motif d'hospitalisation choisi est la pré-éclampsie. En effet, cette maladie de la grossesse peut évoluer rapidement et de manière sévère pour la mère et/ou l'enfant ce qui en fait un facteur de stress important et une hospitalisation systématique jusqu'à la naissance. De plus la seule manière de « guérir » cette pathologie résulte en l'accouchement ce qui amène le plus souvent à une naissance proche, programmée ou en urgence, et ce timing était important afin de réaliser des cas cliniques pour ce mémoire. Une séance d'hypnose sera alors proposée avant l'accouchement avec débriefing un à deux mois après la naissance.

Mais comment évaluer l'état des patientes après l'accouchement?

Un premier test auto-administré (annexe 2) est utilisé afin d'évaluer si les patientes ont été confrontées à un traumatisme, quel qu'en soit sa nature, avant cette grossesse.

Un questionnaire (annexe 1) élaboré pour ce mémoire à partir des facteurs prédictifs de symptômes de stress post-obstétrical issus de la littérature sera également utilisé. Il comprend une partie sur l'apport éventuel de l'hypnose.

Le 3ème test est l'IES-R (Impact of Event Scale – Revised). Il s'agit d'un test auto-administré (annexe 3) qui mesure la sévérité des symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperéveil (symptômes neurovégétatifs) vécus pendant les 7 derniers jours précédant le test (14-15-16-17-18-19-20-30).

N'étant ni psychologue ni psychiatre il va de soi que ces trois questionnaires ne sont pas à visée diagnostique. Ils permettent cependant d'illustrer cette étude clinique.

La principale difficulté de ce travail a finalement été de trouver des patientes hospitalisées ayant une pré-éclampsie. Le jour où j'ai démarré l'étude dans le service (et débuté tout court en hypnose en dehors des semaines de formations), au mois de juin 2015, les patientes pré-éclamptiques se sont raréfiées. De ce fait, nous allons décrire le cas de deux patientes, Me V. et Me F. hospitalisées en grossesses pathologiques pour une pré-éclampsie.

Me V. est une primipare et Me F. est une deuxième Pare ayant un vécu traumatique de son premier accouchement. Ces deux patientes seront déclenchées avant terme pour une pré-éclampsie sévère.

2. Les patientes et leur demande

a. La première patiente, Me V.

C'est une jeune femme de 30 ans, mariée depuis 5 ans, ayant une situation professionnelle stable. Hospitalisée depuis 48h pour suspicion de pré-éclampsie la pathologie est confirmée rapidement. Un déclenchement par maturation cervicale (pose d'un tampon imprégné d'une substance active dans le cul de sac vaginal pendant 24h favorisant la maturation du col) puis le lendemain par perfusion d'Ocytocine (provoquant des contractions utérines dont le but est la mise en travail) se décide le matin lors du staff médical.

Nous sommes à 36 SA (Semaines d'Aménorrhées) et le Propess (maturation cervicale) est posé pour 24h. Je prends mon service le lendemain à 7h, Me V. a quelques contractions non douloureuses et le bébé semble se porter au mieux lors des enregistrements au monitoring. Elle se dit sereine et non stressée par rapport à l'accouchement.

Je lui propose, si j'arrive à me libérer, une séance d'hypnose avant son passage en salle d'accouchement. Son déclenchement est prévu à 14h ce jour là et l'activité du service (je m'occupe de 11 autres patientes) ne me permet pas de la lui promettre. Elle me confie alors être très angoissée à l'idée d'être déclenchée et d'avoir très mal. Elle espère de tout coeur que j'aurai le temps de faire une séance d'hypnose avec elle...

Je la retrouve vers 13h, et son mari jusque là présent nous laisse un moment.

Il me semblait intéressant de travailler sur ses croyances non aidantes et ses peurs liées à l'accouchement et d'en modifier la perception pendant la séance d'hypnose. Après un long entretien hypnotique, les principales craintes amenées par Me V. sont d'avoir très mal, brutalement, et de ne pas réussir à gérer cette douleur soudaine, et de « perdre le contrôle ». La maturation de son col

commence la veille, lui provoquant quelques contractions non douloureuses et espacées. Le fait que ce soit son premier enfant, tout cela me laisse penser, en tant que professionnelle, que cela s'annonce justement plutôt progressif et gérable jusqu'au moment où le déclenchement aura lieu ce qui s'accompagnera alors de la péridurale. Ses craintes ne sont donc pas congruentes avec ce qu'elle vit actuellement et je tente de la rassurer en le lui formulant mais elle a l'intime conviction qu'elle va avoir mal brutalement et c'est sa principale source d'angoisse.

Je lui demande alors de choisir un lieu qu'elle trouve agréable, où elle se sente bien et elle me dit qu'elle adore la plage et regarder la mer.

Retranscription de la séance :

La patiente est installée, semi-assise, dans le lit de sa chambre d'hospitalisation du service de grossesses à risques. La séance d'hypnose va alors commencer par une induction classique grâce aux canaux sensoriels visuels, auditifs puis kinesthésiques.

« Je vous laisse vous installer confortablement et observer cette pièce que vous connaissez bien , maintenant, depuis quelques jours...les murs, la lumière, la porte et tout ce qui vous entoure...vous allez ensuite porter votre attention sur tous les bruits que vous pouvez entendre...les pas dans le couloir, les gens dans les chambres voisines, et peut être d'autres bruits extérieurs... puis vous allez être attentive aux appuis de votre corps sur ce lit, au niveau de vos pieds, vos jambes, vos fesses, vos bras et votre tête...mais aussi ressentir les mouvements de votre bébé à cet instant, qui peuvent être nombreux, ou au contraire peu perçus...et si besoin vous pouvez vous repositionner dans une position plus confortable, maintenant ou même plus tard dans la séance... voilà c'est bien » (je ratifie le fait qu'elle modifie légèrement sa position)

« ...et puis vous allez vous concentrer sur votre respiration, l'air qui pénètre dans vos narines...qui peut sembler plus frais... que l'air qui en ressort... plus chaud...et je vous propose de prendre le temps de respirer tranquillement, à votre rythme...au rythme qui vous semble le plus agréable, voilà c'est bien...tranquillement...voilà...c'est super...et tandis que votre respiration est agréable vos yeux se ferment... » (sa respiration devient lente et je ratifie le fait qu'elle ait fermé spontanément les yeux. Son visage est détendu et je peux voir apparaître des phénomènes idéomoteurs au niveau des yeux et de la main droite ce qui semble me confirmer qu'elle est réceptive à l'induction)

« ...pendant que vous respirez, tranquillement, vous allez penser à toutes ces peurs que vous avez par rapport à l'accouchement, cette peur d'avoir très mal, très vite...cette peur de ne pas réussir à garder le contrôle...cette peur de perdre pied...et toutes ces appréhensions que vous avez en vue du déclenchement et de la naissance de votre bébé... »(ses sourcils se froncent)

« ...tandis que vous continuez à respirer...au rythme qui vous convient, avec toujours cet air qui pénètre dans vos narines...plus frais semble -t-il...que l'air qui ressort...voilà... c'est très bien...et puis maintenant que vous avez bien en tête toutes ces peurs liées à l'accouchement, je vous propose de laisser venir une image à votre esprit qui pourrait symboliser tout ça.. laisser venir une image..cela peut être une forme géométrique comme un rond, un carré ou un triangle...ou un objet...laisser venir cette image et lorsque vous aurez trouvé dites le moi... »

Me V : oui c'est une boule

«...une boule...très bien...»

Nous allons faire une réification de cette boule et Me V. me décrira une boule noire et blanche, légère, de taille moyenne, sans odeur particulière, vide et froide. Me V. a le visage et le corps complètement détendus, une respiration lente et profonde, et des phénomènes idéomoteurs au niveau des yeux et des deux mains ainsi que de fréquentes déglutitions, ce qui me laisse penser que nous sommes bien dans une phase de transe hypnotique.

« je vous laisse observer cette boule blanche et noire... légère...de taille moyenne...froide.....et vide...observez là bien...tandis que vous continuez à respirer tranquillement, voilà c'est bien...et peut être que pendant que vous ressentirez cette tranquillité...cette détente agréable que vous procure cette respiration, cette boule va peut être se modifier...modifier sa couleur...ou peut être sa taille...sa température...son contenu...et si quelque chose se modifie, vous pouvez me le spécifier... »

Me V. : « non, elle reste comme ça »

« très bien, c'est très bien... maintenant je vous propose d'emmener cette boule blanche et noire dans un lieu que vous aimez, un lieu où vous vous sentez en sécurité, un lieu agréable...cela peut être une plage ou un endroit d'où vous observez la mer, comme vous le souhaitez mais un endroit qui vous fait du bien... » (Me V. esquisse un sourire) « et pendant que vous allez dans cet endroit vous continuez à respirer tranquillement...voilà comme ça...c'est super...et maintenant vous allez observer cette boule dans ce lieu apaisant et voir si quelque chose se modifie..ou pas...tranquillement... prenez votre temps... »

Me V : « oui elle devient bleue et elle se remplit de bleu à l'intérieur »

La voix de Me V. est à peine perceptible et elle semble avoir du mal à articuler tant la détente est profonde.

« c'est très bien...et c'est agréable le fait qu'elle devienne bleue? (Me V. me répond « oui, c'est agréable »)

« ...je vous laisse observer cette boule bleue, devenue agréable...ce lieu apaisant..et peut être y a-t-il des odeurs particulières dans ce lieu, ou de la musique que vous aimez, ou peut être des détails qui vous semblent agréables.....tout en continuant à respirer tranquillement...voilà...c'est très bien...et je vous laisse profiter de ce moment agréable...quelques instants...ce moment qui vous fait du bien...et cette partie de vous même qui prend soin de vous est toujours là...toujours présente et sera à votre disposition... quand vous en ressentirez le besoin...cette partie de vous-même qui prend soin de vous...maintenant et à n'importe quel moment qui vous semblera nécessaire...dans quelques heures... ou dans quelques jours...quand vous le souhaiterez...et vous pourrez retrouver cette détente agréable, ce moment d'apaisement...quand vous en aurez besoin...voilà...je vous laisse profiter de ce moment agréable...apaisant...et quand vous en aurez envie...dans quelques instants...vous pouvez commencer à ressentir ce corps sur le lit...bouger un peu vos mains..vos pieds...entendre les bruits autour de vous...et prendre peut être une respiration plus profonde...puis ouvrir les yeux...quand vous le souhaitez... »

Me V. ouvre les yeux et me souris quelques secondes après. Son vécu est agréable et elle me dit qu'elle a trouvé ça très relaxant. Elle s'est imaginée sur son canapé avec son bébé dans les bras et a trouvé ça très apaisant. Je lui suggère de garder à l'esprit cette image ainsi que la boule bleue et que grâce à quelques respirations préalables, en fermant les yeux et observant cette image, elle peut retrouver cet état agréable quand elle le souhaitera et même pendant l'accouchement.

La séance aura duré une vingtaine de minutes et il est bientôt l'heure pour elle de descendre en salle d'accouchement pour son déclenchement.

La suite des événements

Je l'accompagne alors en salle d'accouchement en précisant à la sage femme qui va s'occuper d'elle qu'elle n'hésite pas à lui mettre la péridurale dès que possible car elle a très peur d'avoir mal..

Lorsque je reviens au CHU le lendemain, je croise la même sage femme et cette dernière me raconte que Me V. a très vite accouché sans avoir eu le temps d'avoir l'effet analgésique de la

péridurale et que l'accouchement a été rapide (30 minutes entre le début du travail et la naissance au lieu de 8 à 10h en moyenne..) et très intense exactement ce que craignait la patiente... elle me raconte qu'elle ne sait pas pourquoi « mais pendant les contractions elle murmurait une histoire de boule bleue, de canapé, et ça avait l'air de la soulager »

Je me dirige alors vers la chambre de la jeune maman pour la féliciter et lui demander son ressenti qu'elle me décrit comme suit : « *C'était super, ça a été très vite et c'était vraiment très douloureux mais c'était super! j'ai même crié à l'anesthésiste que ça marchait trop bien l'hypnose, parce que la péridurale n'a pas eu le temps d'agir et j'ai fais comme vous aviez dit je me suis imaginée la boule bleue, et avec mon futur bébé, dans mon canapé au moment où j'avais très mal et ça marche! c'était super!* » . Nous avons retrouvé cette alliance thérapeutique dès mon entrée dans sa chambre et je perçois très rapidement qu'elle est ravie du déroulement de la naissance. Le couple me remercie pour l'accompagnement qui les a beaucoup rassuré. Je les remercie tout en rappelant à Me V. qu'elle peut être fière d'avoir réussi à s'approprier cette unique séance d'hypnose aussi rapidement!

Comme premier témoignage je ne pouvais espérer mieux... Selon moi le but de l'hypnose en préparation à la grossesse et l'accouchement est que, quoi qu'il se passe, le vécu de la femme soit agréable, et c'est exactement ce que montre ce cas. La patiente a eu l'accouchement qu'elle craignait le plus, qui lui faisait le plus peur et qui reprend plusieurs facteurs de risques d'ESPT (douleur intense, sensation de perte de contrôle, soudaineté de la douleur), et malgré cela, son vécu est agréable.. Merci Me V. pour ce bel exemple de ce que l'on peut souhaiter à toutes les futures mamans!

Deux mois plus tard

Je contacte Me V. afin de convenir d'un rendez vous de « débriefing ». Elle se dit ravie de m'avoir au téléphone, et de venir au CHU la semaine suivante. L'alliance thérapeutique, même par téléphone semble évidente. Finalement, à sa demande, nous nous verrons à son domicile pour plus de facilité.

Me V. et son mari m'accueillent avec un large sourire, l'alliance thérapeutique est confirmée! Après un débriefing de son séjour à l'hôpital (15 jours au total) nous allons remplir ensemble les trois questionnaires. Je lui précise bien sûr que je ne suis pas psychologue et que ces tests illustrent des « risques » et ne sont en aucun cas un diagnostic.

- Le premier test nous amène à parler d'un événement qu'elle considère comme traumatisant et qui persiste encore à l'heure actuelle.

A l'âge de 9 ans, son père était à l'hôpital de St Pierre hospitalisé pour une hépatite C chronique et *le médecin leur a annoncé brutalement qu'il fallait rentrer à leur domicile et que leur père allait décéder dans quelques jours*. Son père est actuellement en bonne santé... Elle associe désormais *l'hôpital de St pierre à la mort et évite donc le CHU (et uniquement cet hôpital là) au maximum*. Elle ressent encore *de la colère, un sentiment d'impuissance et une grande peur à l'idée d'être confronté aux locaux du CHU*. Tout ceci laisse penser que ce traumatisme a besoin d'une prise en charge psychologique adaptée afin d'aborder ce lieu de manière plus sereine.

Me V. devait accoucher à la clinique mais le fait de présenter une pré-éclampsie l'a amenée au CHU. Ceci a été un grand stress pour elle et l'a amenée à un *sentiment de mort imminente*. *Ces 15 jours à la maternité ont été rendus agréables par l'accompagnement des soignants en grossesses pathologiques où finalement les peurs se sont atténuées mais elle s'est cependant sentie « délaissée » en suites de couches*. *Elle a réalisé la gravité de sa pathologie lors de son retour à domicile avec les différents intervenants libéraux qu'elle a consulté*.

- Le questionnaire qui reprend les différents facteurs prédictifs de stress post-obstétrical de la littérature et l'apport de l'hypnose nous apporte différentes informations.

La patiente présente peu de facteurs prédictifs. A noter cependant une peur intense la veille de l'accouchement lorsqu'elle s'est retrouvée en salle d'accouchement de manière ponctuelle pour la maturation cervicale. Cette peur est liée a une *absence de communication avec l'équipe soignante, des hurlements de la patiente dans la pièce à côté et un fort sentiment d'impuissance*. *La patiente s'est même dit qu'elle risquait de mourir le lendemain*. *On peut également noter une peur intense au moment de la naissance où, alors qu'elle avait envie de pousser et pensait accoucher, la sage femme, apparemment inquiète lui a demandé de se mettre en décubitus latéral gauche tout en fixant le rythme cardiaque foetal*. *Me V. a alors eu très peur de perdre son bébé par absence d'explication de l'équipe présente*.

Il n'y a pas d'autres facteurs retrouvés, la patiente dort très bien, les relations avec son conjoint et son enfant sont satisfaisantes, elle est bien entourée au niveau familial et social, et ne présente pas d'antécédents gynécologiques particuliers.

Concernant l'hypnose, *l'apport de plus marquant qu'elle révèle est la suppression de toutes les craintes liées à la naissance*. *Elle note un meilleur vécu de l'accouchement grâce à l'hypnose et*

précise que les deux jours où il a été possible de pratiquer l'hypnose (communication hypnotique, séance formelle) sont les deux seuls jours où elle s'est sentie bien au CHU. Selon ses propres dires « l'hypnose l'a apaisée, soulagée dans sa douleur, calmée. Lors de la pose de péridurale qui l'angoissait particulièrement elle était « dans sa bulle », se visualisait dans sa chambre, avec moi à ses côtés et entendait ma voix lui suggérer d'être dans son canapé, avec son bébé...Elle dit n'avoir été soulagée que par l'hypnose pour son accouchement. »

- Le score au test IES-R est de 10, ce qui ne révèle aucun symptômes de stress post-traumatique.

Ce qui l'a le plus marqué à posteriori est d'avoir développé une pré-éclampsie et la crainte que cela se renouvelle lors d'une prochaine grossesse. Elle souhaite aussi travailler sa phobie du CHU avec l'hypnose car elle a particulièrement apprécié cet outil et, n'ayant pas personnellement de créneau de consultations au CHU, je l'oriente alors vers des praticiens pratiquant l'hypnose et un(e) psychologue afin de prendre en charge ce traumatisme.

b. La deuxième patiente Me F.

Ce jour là, l'équipe me sollicite pour Me F. dès mon arrivée le matin. Le premier accouchement de cette patiente a été vécu comme traumatisant et elle présente un vaginisme important empêchant quasi-systématiquement de pratiquer le toucher vaginal, duquel découlent les décisions médicales liées au déclenchement.

Me F. est une femme de 29 ans, vivant maritalement, son compagnon et elle même travaillent. Elle présente un diabète antérieur à la grossesse et une pré-éclampsie sévère. Ils ont un enfant de trois ans, en bonne santé, dont la naissance a été vécue comme « *extrêmement difficile* ».

Lors de notre première rencontre elle est en salle d'accouchement, son déclenchement par Propess (maturation) a débuté et elle contracte très douloureusement toutes les 5 minutes.

Le moment est venu de l'examiner et de décider la suite du déclenchement. L'interne de garde, la veille, lors de la pose du propess dans le vagin, me dit avoir été choquée par la douleur perçue à ce moment là (tremblements et hurlements de la patiente) et avoir eu le sentiment de la « violer » alors que ce geste est habituellement indolore.

Je propose à la patiente de faire une séance d'hypnose avec elle afin de l'aider a une meilleure détente lors de l'examen, ce qu'elle accepte avec joie.

Lors de l'entretien préalable, elle me raconte son premier accouchement. Elle dit avoir très peur du toucher vaginal car cette zone lui fait mal en continu. Elle raconte même ne quasiment plus avoir de rapports sexuels avec son mari et « qu'ils rigolent ensemble du fait qu'elle ait réussi à être enceinte ». Elle décrit une zone « bousillée » à cause de la déchirure vaginale lors du forceps effectué par l'obstétricien. Ce dernier lui aurait dit « *ça a morflé là-dedans* » et depuis elle imagine cette zone comme « abimée pour toujours » comme si ça avait laissé « *une cicatrice profonde et douloureuse permanente* ». Elle sait que le fait d'être contractée rend les actes plus douloureux et arrive de rares fois à se détendre. Lorsque je lui demande si cette douleur a commencé juste après le premier accouchement elle me dit « même avant, c'était une zone pas très agréable ». Je n'irai pas plus loin sur ce sujet. Elle verbalise également que la douleur est dans sa tête et que le seul moment moins douloureux a été concomitant d'une perte de poids. En effet, Me F. présente une obésité morbide et verbalise aussi que son obésité lui permet de « cacher la zone du vagin »...

Elle a conscience de la nécessité du suivi psychologique et ce dernier a été débuté la veille lors de l'hospitalisation. Elle se dit très motivée pour faire évoluer cette situation.

Retranscription de la séance :

Me F. est allongé dans un lit d'une salle d'accouchement. Le monitoring enregistrant les contractions et le coeur du bébé est branché via deux capteurs sur son ventre et elle présente des contractions douloureuses l'amenant à se tortiller vigoureusement toutes les 5 minutes.

« vous allez prendre le temps de regarder autour de vous, cette pièce, la fenêtre qui donne sur le patio, les murs, les placards, et le monitoring, à côté de vous.... puis vous allez écouter les bruits environnants, ceux du personnel de la salle d'accouchement, ou d'autres patientes, les bruits du coeur du bébé au monito, et tous les autres bruits qui sont présents.... puis vous allez prendre conscience des appuis de votre corps sur ce lit, au niveau de la tête, les épaules, le dos, les sangles du monitoring...,les capteurs...,peut être votre bébé qui bouge, les contractions... les fesses, les jambes jusqu'à vos pieds, et puis choisir une position qui vous semble la plus confortable...voilà c'est bien... (la patiente modifie sa position et ferme spontanément les yeux)...et vos paupières se ferment c'est très bien... maintenant que vous commencez à vous détendre, vous allez vous concentrer sur votre respiration...l'air qui pénètre dans vos narines...qui peut sembler plus frais... que l'air qui en ressort... plus chaud...et je vous propose de prendre le temps de respirer tranquillement, à votre rythme...au rythme qui vous semble le plus agréable, voilà c'est bien... tranquillement...voilà...c'est super...prenez le temps de cette respiration...vous pouvez sentir l'air

pénétrer dans vos narines...puis descendre et parcourir la poitrine...et tout le corps de manière agréable...tranquillement et plus vous respirez plus votre corps semble détendu...voilà c'est très bien...et maintenant vous allez penser à cette zone douloureuse, votre vagin...et cette peur du toucher vaginal...cette douleur associée à cette zone...tout en continuant à respirer tranquillement...voilà c'est super... et tandis que vous pensez à ce vagin douloureux, vous allez laisser venir une image à votre esprit, cela peut être une forme géométrique...une boule, un triangle...un carré...un rond...un objet...ou toute forme symbolisant cette peur et cette douleur liée au vagin... je vous laisse le temps nécessaire et lorsqu'une image sera là je vous laisse me le dire... »

Me F. : « c'est une main »

« très bien, parfait... c'est une main...et maintenant observez bien cette main et dites moi si elle est plutôt grande ou plutôt petite? »

Me F. : « elle est moyenne ». nous allons alors faire une description et une réification de cette main. Nous arrivons à une main moyenne, enflée, de couleur brune, et plutôt chaude.

« tout en continuant à respirer...à votre rythme...celui qui vous semble le plus agréable...voilà c'est très bien... je vous laisse observer cette main et me dire si certaines choses changent...sa couleur peut être...ou bien sa taille...sa température....prenez votre temps et observez bien cette main...tout en continuant cette respiration qui vous fait du bien....voilà.... »

Me F. : « non, elle reste comme ça »

Me F. a le visage complètement détendu, le corps aussi et seuls de très légers mouvements au niveau des jambes apparaissent au moment des contractions (trois depuis le début de la séance) sans qu'aucun changement au niveau du visage ne soit présent. Elle a de fréquentes déglutitions depuis la description de la main ce qui me laisse penser que la transe devient plus profonde, ceci étant congruent avec le peu de réactions observées pendant les contractions.

« elle reste comme ça...c'est très bien...maintenant nous allons imaginer un gant...un gant qui vous semble agréable...d'une couleur qui vous plait...d'une matière douce et agréable...un gant en quelque sorte un peu magique....je vous laisse imaginer ce gant.... »

Me F. déglutit encore à plusieurs reprises et me décrit un gant bleu, en soie, et à température ambiante.

« très bien...et maintenant tout en continuant à respirer tranquillement...vous allez enfiler le gant sur cette main brune et enflée...petit à petit, le gant va se glisser sur cette main... doucement....est ce que c'est agréable que le gant recouvre cette main? »

Me F. : « oui c'est très agréable, la main est devenue toute bleue, partout ». Me F. a du mal à bouger les lèvres pour s'exprimer et son débit est devenu très lent.

« très bien, c'est super, profitez bien de cette main devenue toute bleue, soyeuse, douce...agréable... tout en profitant de ce moment de détente qui vous appartient...cette sensation agréable que vous vous procurez... et qui vous appartient...et vous pourrez retrouver cette sensation agréable... quand vous le souhaitez...quand vous en aurez besoin...car une partie de vous s'en souvient et cette sensation agréable est à votre disposition...quand vous le souhaitez...profitez de ce moment agréable...voilà....et puis quand vous le souhaiterez vous allez ressentir votre corps sur ce lit...dans cette pièce...peut être également le bébé qui bouge...et puis vous allez écouter les bruits autour de vous...le monito...les gens dans le couloir...et puis quand vous en aurez envie vous pouvez ouvrir les yeux et revenir ici avec moi, dans cette pièce...voilà très bien... »

Me F. ouvre les yeux et souris: « c'était bien, je sentais presque plus les contractions, ça faisait du bien, et puis quand vous m'avez demandé d'enfiler le gant bleu, j'ai imaginé en même temps le toucher vaginal avec et ça glissait, c'était facile ». Il lui est alors suggéré de s'en resservir quand elle en aura besoin, cet outil étant à sa disposition pour l'aider à tout moment.

La suite des évènements

Je laisse alors Me F. quelques instants pour aller chercher la sage femme qui doit l'examiner. Lorsque cette dernière rentre dans la pièce, Me F. se met à trembler de tout son corps et elle dit avoir très peur. J'essaie alors de la faire respirer, au rythme qu'elle veut même fortement si ça la soulage et d'avoir une détente relative mais cela semble très difficile. Le toucher vaginal sera tenté mais impossible et Me F. ressort en pleurs de l'examen, se sentant coupable de ne pas avoir réussi à se détendre. Je lui explique qu'elle a fait de son mieux, que pleurer peut la soulager, que personne n'est là pour la violenter et que si le toucher n'est pas possible, l'équipe médicale trouvera un autre moyen. Après son accord, je m'en vais et retourne dans mon service d'hospitalisation.

Lorsque j'appelle pour prendre des nouvelles 1h après, la sage femme me dit que le médecin est venu l'examiner et que tout s'est très bien passé. Le protoxyde d'azote (gaz antalgique) que pensait faire inhaler le médecin à la patiente pour l'examen n'a même pas été nécessaire! Son col étant favorable, elle est alors sous péridurale et le déclenchement est en cours. Le vécu du médecin est que « ses doigts ont glissé jusqu'au col et la patiente respirait tranquillement ». J'ai alors hâte de revoir la patiente et d'avoir son retour.

Deux heures plus tard je descends en salle d'accouchement et le travail avance très vite. A mon arrivée elle est à 4 cm, très algique, dit que sa péridurale ne fonctionne plus. Je lui propose de fixer son attention sur sa respiration, de mettre le masque de protoxyde d'azote mais rien n'y fait, elle à très mal et semble perdre pied. Le travail avance très vite et l'effet de la péridurale s'en trouve amoindrie. Elle me fixe du regard lors des contractions, agrippe mon bras, l'air effrayée, comme si je pouvais « la sortir de cette douleur ». L'alliance thérapeutique est bien présente et je lui suggère qu'elle est capable de retrouver sa safe place entre les contractions et que la seule chose qui va rendre le moment plus agréable est de pousser pendant les contractions.

Moins de trente minutes après, elle accouche d'un petit garçon et la naissance se déroulera dans le calme malgré la douleur extrême des minutes précédentes. La sage femme fera une épisiotomie afin de la préserver d'une deuxième déchirure car son périnée est très tonique.

Me F. est ravie de son accouchement et se dit très fière d'avoir réussi à accoucher sans une aide extérieure qu'elle redoutait. Elle est également ravie que l'équipe ait eu de la « patience » avec elle et l'ai accompagnée dans ce moment qu'elle craignait. Elle dit avoir été aidée par l'hypnose dès le toucher vaginal du médecin (visualisation du gant bleu en soie qui glissait) et aussi au moment de la naissance elle-même (« *grâce à la respiration et la visualisation du gant ça faisait pas mal dans le vagin quand le bébé est sorti* »)

Un mois plus tard plus tard

Je recontacte Me F. et elle se rend très facilement disponible pour notre rendez vous « débriefing ». Elle semble contente que l'on se revoit et reparle de la naissance. Le rendez vous se déroulera à son domicile sur demande de la patiente également.

- Le premier test concerne un antécédent traumatique révèle un évènement qu'elle a vécu comme traumatisant : l'annonce de son diabète à l'âge de 15 ans. Elle a alors ressenti *une grande peur*.
- Le questionnaire sur les facteurs prédictifs de stress post-obstétrical et l'apport de l'hypnose, va l'amener à me confier un traumatisme bien plus marqué que celui du diabète...

Me F. me révèle des abus sexuels « probables » pendant son enfance par son oncle qui est actuellement incarcéré pour des faits avérés d'inceste sur ses cousines. L'entretien prend alors une dimension émotionnelle très forte. Elle se dit en *dépression depuis l'accouchement car elle ne dort plus, est sans cesse angoissée pour de simples détails de la vie quotidienne, consulte très souvent*

« pour rien » aux urgences pédiatriques. Le pédiatre lui a également suggéré hier de prendre rendez vous en urgence avec un psychiatre pour dépression du post-partum. Ce commentaire peut sembler un peu « direct » mais a été très bien vécu par la patiente car *cela confirme son sentiment. La naissance a été déclenchée prématurément et elle a depuis le sentiment que son bébé peut mourir car il est prématuré.* Son enfant est pourtant en très bonne santé et cela est confirmé à chaque consultation.

On retrouve donc de nombreux facteurs prédictifs de stress post-obstétrical tels que *les abus sexuels, un antécédent d'accouchement traumatique, un déclenchement prématuré alors qu'elle n'était pas « prête », un stress important à l'accouchement, une douleur qu'elle qualifie d'extrême, une peur intense pour elle et son bébé, une relation très anxiogène à l'alimentation de son enfant depuis la naissance, une relation difficile avec son conjoint qui la soutient peu dans ses angoisses, une vie quotidienne compliquée avec son premier enfant sur lequel elle reconnaît reporter son stress et sa colère.*

Elle qualifie malgré tout le vécu de son accouchement de « merveilleux », « douloureux mais agréable ». *Cependant elle craint la survenue d'une autre pré-éclampsie lors d'une future grossesse mais se sent sereine pour un futur accouchement.*

Elle a réussi à s'approprier l'auto-hypnose dès le 2ème toucher vaginal suite à notre séance en salle d'accouchement. L'hypnose lui a permis des examens sans douleur et dit avoir réussi à se laisser faire de plus en plus au fil des heures pendant son accouchement. Même le jour de la sortie de la maternité le toucher vaginal effectué a été facile et sans douleur. Cela lui a permis de réaliser que même avec une cicatrice très récente il était possible de n'avoir aucune douleur. Elle dit avoir eu un bon vécu de son accouchement grâce à l'hypnose et que cela a été bénéfique pour elle et pour ses futurs relations sexuelles qu'elle envisage de manière beaucoup plus sereine.

- Le score au test IES-R est de 38. Lorsque le score est supérieur à 33 cela révèle un état de stress post-traumatique probable et un avis spécialisé est fortement conseillé. Je l'informe de ce résultat tout en lui rappelant que je ne suis pas habilitée à poser un diagnostic comme celui-ci et que ce test confirme juste que le rendez vous avec le psychiatre de la maternité est en effet vivement conseillé.

L'alliance thérapeutique est très forte à la fin de cet entretien et elle souhaite me tenir au courant de son rendez vous avec le psychiatre. Je l'informe également des praticiens consultant en hypnose à l'hôpital.

3. Discussion théorico-clinique

- **Rappel de la problématique**

Le vécu subjectif de la mère pendant l'accouchement, la dissociation péri-traumatique et la perception de complications prédisent massivement l'ESPT du postpartum.

L'étude de Boudou, Séjourné et Chabrol (34) a montré que la détresse périnatale n'était pas liée à la sévérité de la douleur mais plutôt à sa composante affective. Les réactions de dissociations des parturientes sont là pour tenter d'échapper à cette détresse émotionnelle.

La détresse émotionnelle est composée d'une part des émotions « négatives » de la parturiente (peur, colère, honte, impuissance..) et d'autre part par la perception d'une menace vitale. Les patientes concernées par cette étude sont des femmes hospitalisées en grossesse pathologique du PFME à St Pierre de la Réunion. Elles présentent une pré-éclampsie ce qui confère d'emblée un stress important pour elle et des craintes pour le bien être de l'enfant à venir.

En faisant un travail hypnotique sur les peurs et croyances limitantes des femmes pendant la grossesse, on peut imaginer qu'elles seront capables, lors d'un stress extrême, de maintenir une « safe place » et d'avoir le vécu le plus agréable possible des événements qui eux restent imprévisibles.

Telle est la problématique de ce travail.

- **Confrontation des observations à la problématique**

Pour le praticien

La première difficulté rencontrée fut la raréfaction des patientes pré-éclamptiques lors du démarrage de l'étude. Le sujet sera alors illustré par deux patientes pré-éclamptiques dont l'une est primipare comme prévu initialement et la deuxième sera une deuxième pare avec un antécédent d'accouchement traumatique.

La séance s'est fait à chaque fois « dans l'urgence » ce qui montre également la complexité d'organisation des séances d'hypnose au sein d'un service de soins où la charge de travail est constamment très importante. Cette « urgence » n'a malgré tout pas empêché les patientes de s'approprier l'outil et mon absence de préparation spécifique a laissé une plus grande place à la

créativité pendant la séance. Cette « urgence » n'a finalement pas été un frein comme je le craignais au départ.

Yves Halfon* (interview lors du symposium Biarritz 2015), nous dit même que *l'hypnose est d'autant plus facile que la situation est imminente.*

En tant que soignant, la séance d'hypnose est un moment privilégié avec les patientes. C'est un moment d'écoute, d'échange, et le côté un peu « magique » perçu par les patientes leur confère un moment agréable pendant l'hospitalisation.

La relation avec le soignant n'est pas seulement « technique » et même si d'ordinaire notre rôle d'accompagnement est présent je trouve que l'hypnose le favorise largement.

L'hypnose permet de créer du lien dans un lieu, qui peut parfois sembler déshumanisé, et cela me semble congruent avec la volonté de bien-traitance des soignants.

Pour les patientes

- **Me V.**

De prime abord, Me V. ne présentait aucun antécédent particulier avant sa grossesse pouvant prédire un ESPT. Par contre le fait d'être primipare, hospitalisée et déclenchée pour une pré-éclampsie, et tout ceci dans un lieu phobique pour elle même, constitue 5 facteurs de risque de développer des symptômes de stress post traumatique.

Il semble donc que Me V. ait abordé l'hospitalisation avec des facteurs évidents prédictifs de stress post-obstétrical tel que sentiment d'impuissance, peur intense pour elle et son bébé, et un vécu traumatique lié au lieu lui même.

Cette phobie du CHU n'était pas du tout palpable lors de notre première rencontre. Cela met en évidence l'importance d'entretiens préalables pendant la grossesse et d'une préparation adaptée qui en découle afin de prévenir au mieux les apparitions de symptômes de stress.

(* Yves HALFON : Psychologue clinicien, co-fondateur de la confédération d'hypnose et de thérapies brèves, président de l'institut Milton Erickson de Normandie, formateur en hypnose et exerçant à la maternité du centre hospitalier du belvédère.)

Les principales peurs et croyances amenées par la patiente sont une douleur extrême, d'apparition brutale, et l'amenant à perdre le contrôle des événements. Tout ceci fait partie de la définition même de l'ESPT. Chez cette femme, la séance d'hypnose sera basée sur cette triade de peurs afin de les transformer et d'ancrer une zone de safe-place. Cette safe place, la patiente avait décidée de s'en servir lors de la pose de la péridurale et pour les douleurs de l'accouchement mais finalement elle se l'est également approprié pour un meilleur vécu de son hospitalisation au CHU, lieu phobique jusqu'alors.

L'accouchement se déroulera comme elle le craignait au départ : très rapide, douleur intense, pas de péridurale efficace, et malgré cela son vécu était « super »! On note également qu'elle dit ne pas avoir perdu le contrôle grâce à l'hypnose et ce facteur est essentiel dans la prévention du stress post-obstétrical.

Elle s'est donc approprié l'auto-hypnose dès cette première séance. On peut penser que le fait d'avoir crée une attente (involontaire) rendant hypothétique la séance d'hypnose, le fait que le passage en salle d'accouchement soit imminent, et le fait qu'elle soit déjà probablement en « transe négative » l'a rendu très suggestible.

Au final, on a une patiente qui présente plusieurs facteurs prédictifs de stress post-obstétrical selon la littérature existante et qui ne présente aucun symptôme de stress post-traumatique deux mois après son accouchement. Elle attribue le bon vécu de son accouchement à l'hypnose et plus particulièrement l'auto-hypnose. Cela semble en effet avoir été très bénéfique pour elle et avoir « enlevé toutes ses craintes ».

Me F.

Concernant Me F. les données sont plus complexes. Elle se présente avec un antécédent d'accouchement qu'elle a vécu comme traumatique et de probables abus sexuels pendant l'enfance.

La zone intime est depuis constamment douloureuse et les rapports sexuels quasi-inexistants. Elle aborde donc un deuxième accouchement en présentant déjà les signes d'un ESPT. Toute intrusion vaginale lui semble impossible car extrêmement douloureuse et angoissante.

Cette patiente a besoin d'un suivi psychologique et elle l'a démarré le jour de son hospitalisation avec la psychologue du service. Elle est consciente du problème qui est devenu quotidien et aimerait le surmonter mais n'y parvient pas. La séance d'hypnose réalisée en salle d'accouchement m'a semblé très efficace au niveau de la douleur des contractions sur le moment mais lors du toucher vaginal (5 minutes post séance) son angoisse était extrême (tremblements,

pleurs) et la patiente culpabilisait de ne pas réussir à se détendre... malgré ma réassurance envers elle je doutais.. la suggestion de se servir de cet outil quand elle en aurait besoin aurait rajouté un poids à la patiente? le but était d'activer ses ressources personnelles mais l'effet serait inverse?

La suite des événements me prouva le contraire : une heure après la séance Me F. a été examinée sans aucun problème (grâce à l'auto-hypnose selon la patiente) et son accouchement a été très rapide ensuite. Manifestement, la douleur a été extrême pendant les 30 minutes précédant la naissance et elle semblait perdre pied, criait, avait un regard sidéré par moment, mais son vécu est tout autre. Elle est fière d'avoir accouché et se dit ravie de son accouchement.

L'hypnose a-t-elle permis un vécu agréable malgré une peur intense et une douleur extrême? Nous pouvons penser que oui car elle qualifie son accouchement de « merveilleux » et de « douloureux mais agréable ». C'est le but même du travail hypnotique avant l'accouchement.

Me F. décrit l'apport de l'hypnose comme l'outil qui lui a permis d'être touchée sans douleur au niveau vaginal, ce qui jusqu'alors était impossible. En complément d'un travail adapté avec son psychologue, l'hypnose a probablement modifié la perception de sa zone intime, réactivé ses ressources personnelles, et lui a permis de gérer au mieux ce moment qu'elle craignait tant. Elle envisage également une future naissance de manière sereine.

Nous pouvons donc espérer que le vécu satisfaisant de ce deuxième accouchement sera alors un point essentiel pour cette famille. La présence de multiples symptômes d'ESPT à distance de la naissance nécessite malgré tout un suivi psychologique adapté, et il est programmé. Ce sera un facteur de bon pronostic pour sa vie familiale et personnelle.

Pour ces deux patientes, l'hypnose a été un outil qu'elles se sont appropriées quasi-instantanément et qui aura permis un vécu agréable et satisfaisant de la naissance n'attribuant que peu d'importance au déroulement « purement obstétrical ».

Nos pratiques en tant que soignant sont toujours reliées à nos perceptions médicales des événements, « cette patiente a accouché physiologiquement », et souvent cela ne nous laisse pas entrevoir le vécu émotionnel des patientes et même du couple. Un accouchement qui s'est « bien passé » pour nous peut être vécu comme traumatisant pour une femme et les conséquences ne sont pas négligeables, y compris sur le versant médical. Il est donc important de prendre en compte la composante émotionnelle et d'avoir une communication adaptée. L'hypnose diminue la résonance émotionnelle et l'impact psychocorporel de la douleur et permet donc d'éviter la perte de contrôle et de diminuer l'intensité de la douleur (Yves Halfon, symposium hypnose 2015).

La pratique de l'hypnose me semble au coeur de la prévention grâce à la communication hypnotique bien sûr mais aussi à l'apprentissage de l'auto-hypnose, l'ancrage d'une « safe place », la transformation des peurs et croyances des patientes, etc...

Ceci semble être un très bel outil avant, pendant, et après l'accouchement afin de favoriser un vécu agréable pérenne de la naissance.

4. Discussion éthique

Pour chaque patiente, le terme d'hypnose a été utilisé d'emblée et très bien accueilli. Il semble que cet outil a été bénéfique à chacune des patientes et ce pour des problématiques différentes.

Cependant, le stress post-obstétrical reste un domaine de prise en charge psychologique et la pratique d'hypnose médicale en tant que sage femme ne peut s'y substituer. En effet, il est possible d'agir en hypnorelaxation ou en hypnoanalgésie mais pas sur des troubles traumatiques tel que l'ESPT. Ceci est la principale difficulté éthique rencontrée car Me F., par exemple, aurait souhaité venir me voir en hypnose pour cette problématique. Malgré tout, elle a très facilement compris la nécessité de voir un psychiatre et que, en parallèle la pratique de l'hypnose serait envisageable mais en aucun cas ne pourrait remplacer une prise en charge psychologique de son traumatisme.

La limite de la pratique de l'hypnose médicale en obstétrique peut sembler floue dans certaines situations et il faut garder à l'esprit les compétences spécifiques de chacun et ne pas se substituer à un suivi psychologique parfois indispensable.

Cependant, la pratique de l'hypnose par les sages femmes pendant la grossesse visant à prévenir ce stress post obstétrical me semble tout à fait congruent avec nos compétences propres et notre quotidien de soignant. Il va de soi que beaucoup d'autres problématiques peuvent être abordées en hypnose pendant la grossesse (sevrage tabagique par exemple)

5. Apport de l'étude

Cette étude est une étude qualitative dont le but est d'illustrer les différents apports de l'hypnose médicale dans la prévention du stress post-obstétrical.

Elle montre que même dans un cadre que l'on pense physiologique, un ESPT peut apparaître et que l'auto-hypnose semble avoir un rôle déterminant dans la prévention de cet état pathologique.

Elle montre également que lors d'un antécédent d'ESPT, une seule séance d'hypnose a pu modifier de manière positive la perception d'une zone corporelle ayant fixé le traumatisme.

L'auto-hypnose a également montré son efficacité pour retrouver un bon vécu de l'accouchement quel qu'il soit et même dans le cas où la patiente a eu l'accouchement qu'elle redoutait...

L'hypothèse selon laquelle la dissociation pouvait prévenir un ESPT alors même qu'elle pouvait être à l'origine du traumatisme semble apparaître dans cette étude. En effet, chaque patiente a présenté un accouchement pouvant engendrer un stress post obstétrical or le vécu des deux patientes est « super » voire « merveilleux », et ce, grâce à l'auto-hypnose au moment même de la naissance. On peut donc imaginer que cette dissociation lors de la transe hypnotique a permis un bon vécu de l'accouchement et a donc joué un rôle dans la prévention du stress post-obstétrical.

CONCLUSION

Le traitement de l'état de stress post-traumatique et du stress post-obstétrical apparaît dans de nombreuses études et publications de la littérature. Cependant la prévention est de fait quasi-inexistante, ce qui bien sûr semble évident, car comment prévenir une agression sexuelle ou une guerre?

Ce qui semble très intéressant en obstétrique c'est justement ce point très particulier qui constitue une prévention possible pendant la grossesse afin que divers événements ou l'accouchement ne constituent pas un traumatisme. On peut aussi envisager une préparation à la survenue d'une grossesse lors d'un suivi en PMA (procréation médicalement assistée)

L'obstétrique étant un des rares domaines où un traumatisme est prévisible, en repérer les facteurs prédictifs semble nécessaire au bon déroulement des événements. Une prévention par le biais de l'hypnose apparaît congruente plutôt que d'attendre de le diagnostiquer pour tenter de le guérir.

L'hypnose médicale permet en effet de maintenir un climat serein et de communication adaptée visant un vécu agréable de la grossesse et l'accouchement quel qu'en soit leurs évolutions.

Cette étude de cas cliniques nous illustre qu'en modifiant la perception de certaines peurs ou angoisses de manière positive, la patiente, quel que soient les événements futurs, va en retenir un vécu agréable. Me V., par exemple, a un vécu agréable de son accouchement malgré sa phobie du CHU et l'accouchement redouté qui survient malgré tout.

Nous n'avons que peu d'impact sur le déroulement des événements durant la grossesse ou l'accouchement. Cependant, accueillir ses émotions et accompagner ses modifications corporelles grâce à l'apprentissage de l'auto-hypnose semble très intéressant pour les futures mères. L'hypnose valorise les ressources personnelles de la patiente et peut permettre une acceptation de certains symptômes, prévenant alors la survenue du stress post-obstétrical.

Au même titre qu'une personne est probablement dissociée lors d'un événement traumatique afin de s'en préserver, il semble qu'une dissociation en hypnose puisse favoriser un bon vécu de la grossesse ou de l'accouchement quel qu'il soit. Cela met l'hypnose au centre de la prévention du stress post-obstétrical. Cette hypothèse est très intéressante et mériterait une étude plus approfondie sur de nombreux cas cliniques afin de la valider.

Préparer les futurs parents à vivre la naissance de manière agréable est essentiel. L'hypnose est un outil qu'ils s'approprient aisément durant la grossesse et qu'un praticien soit présent ou non au moment où l'événement difficile se produit, il sera toujours disponible, et c'est un atout majeur.

La grossesse est une phase émotionnellement très forte et de ce fait, l'hypnose peut permettre de libérer la parole sur certains symptômes. La préparation psychoprophylactique à la naissance est au coeur du métier de sage femme et l'hypnose s'intègre parfaitement dans ce domaine. Pour la plupart des gens, l'hypnose chez la femme enceinte constitue une préparation visant à gérer la douleur et va représenter une alternative à la péridurale. En réalité l'apport représente bien plus que cela, et peut être utilisée par exemple pour gérer certains maux de la grossesse, des émotions, des peurs. L'hypnose sera bien sûr utilisée pour gérer des événements douloureux, mais n'empêche pas d'être utilisée conjointement avec la péridurale si la patiente le souhaite. L'essentiel sera le vécu de la douleur et sa partie émotionnelle que l'on sait très influente sur son intensité ressentie.

Les deux cas cliniques nous illustrent bien cette notion, notamment avec cette magnifique phrase de Me F. qualifiant son accouchement de « douloureux mais agréable ».

La pratique de l'hypnose en maternité est encore sporadique et les consultations au sein des CHU sont peu fréquentes même si elles sont en augmentation constante. Cependant cela se révèle être un apport non négligeable dans la prise en charge globale des patientes et sera, nous le souhaitons, dans un avenir proche, beaucoup plus accessible aux futurs parents.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 : Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prévalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. Birth 2003;30:36-46
- 2 : Ayers S, Pickering AD. Do women get post traumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence, Birth 2001;28:111-8
- 3 : David M, DeValors MH. Du baby blues aux névroses, Dossier de l'obstétrique édition ELPEA Numéro 322.
- 4 : D.W.Winnicot « le bébé et sa mère » éditions PUF 1997
- 5 : H. Montmasson, P. Bertrand, F. Perrotin, W. El-Haged, Predictors of postpartum post-traumatic stress disorder in primiparous mothers - 2012
- 6 : F. Roustang , « conférence connaissance de soi et désintérêt de soi », France culture 2012
- 7: BUSH G, LUU P, POSNER MI.— Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. Trends Cogn Sci, 2000, 4, 215-222
- 8 : KOSSLYN and all, Hypnotic Visual Illusion Alters Color Processing in the Brain American Journal of Psychiatry 2000; 157:1279–1284
- 9 : MICHAUX D, HALFON Y, WOOD C. manuel d'hypnose pour les professions de santé. Maloine.; 2007.
- 10 : BENHAIEM JM. François Roustang, la recherche autour de l'hypnose. Hypnose et thérapie brève. 2009;Avril(12):66–71.

- 11 :BYDŁOWSKI, Monique. La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité. 3ème éd. Paris : Presses universitaires de France, 2000, 203 p.
- 12 : Antoine Bioy, Chantale Wood, Isabelle Célestin-Lhopiteau. L'aide mémoire d'auto-hypnose. Dunod Paris, 2010
- 13: Juliette Gueguen, Caroline Barry, Christine Hassler, Bruno Falissard ,Avec l'expertise critique d'Arnaud Fauconnier et Elisabeth Fournier-Charrière.Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose . INSERM U1178. Juin 2015
- 14 : Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T.J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In Wilson J.P., Marmar C.R., (Eds.). Assessing psychological trauma and posttraumatic stress disorder (p. 412-428). New York : The Guilford Press.
- 15 : Birnes, P., Brunet, A., Benoit, M., et al. (2004). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry*, 226, 1-7.
- 16 : Brunet, A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., et al. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed Measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1480-1485.
- 17 : Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., et al. (2005). Validation of the French version of the Peritraumatic Distress Inventory. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 67-71.
- 18 : Weiss, D. (1996). Psychotraumatic review of the Impact of Events Scale – Revised. In B. H. Stamm (Ed.). *Measurement of stress, trauma and adaptation*. Lutherville, MD : Sidan Press.
- 19 : Brunet A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the Impact of Event Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 56-61.
- 20 : Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. *Behavior Research & Therapy*, 41, 1489-1496.

21. Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Cmaj* 1997;156(6):831-5.
22. DSM IV; 1998.
23. Goldbeck S. Post-traumatic stress disorder may follow childbirth. *BMJ* 1996;313:774.
24. Moleman N, van der Hart O, van der Kolk BA. The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis* 1992;180(4):271-2.
25. Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord* 1997;11(6):587-97.
26. Bydlowsky. La névrose traumatique post-obstétricale-"signal symptôme" dans la prophylaxie des accidents périnataux. *Médecine et Hygiène* 1978;1272:352-354.
27. Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;23(1):31-9.
28. Grajeda R. Stress during labor and delivery is associated with delayed onset of lactation among urban guatemalan women. *J.Nutr.* 2002;132:3055-3060.
29. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol* 2000;39 (Pt 1):35-51.
30. Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale –Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds), *Assessing psychological trauma and PTSD*, 399-411. New York : Guildford.
31. Smaga D. The place of hypnosis in the treatment of post traumatic stress disorders. *Stew Arch Neurol psychiatric.* 2008;159;506-10
32. Ayers S, Joseph S, McKenzie K, Slade P, Klaas W. Post-traumatic stress disorder following childbirth : current issues and recommendations for future research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, December 2008.

33. Söderquist J, Wijma B, Klaas W. The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, June 2006.
34. Boudou M, Séjourné N, Chabrol H. Douleur de l'accouchement, dissociations et détresse périnatales comme valeurs prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 35 (2007) 1136-1142
35. www.info-trauma.org

ANNEXES

Annexe 1/ questionnaire sur les facteurs prédictifs

Avant la naissance:

- Avez vous des antécédents gynéco que vous jugez compliqués (accouchement antérieur, PMA, FCS, IVG..) ?
- Hospitalisation pendant la grossesse?
- ATCD violences ou agressions?
- Vous sentez vous isolée socialement ou familialement?

la naissance

- Avez vous eu l'impression qu'il y avait des complications pendant le travail ou l'accouchement?
- Avez vous été stressé à l'accouchement?
- Une douleur que l'on peut qualifiée d'extrême?
- Un manque d'information de la part de l'équipe?
- Une bonne communication avec l'ensemble de l'équipe?
- Ressenti d'une peur intense pour vous ou le bébé?
- Sentiment d'impuissance ou d'horreur pendant l'accouchement?

Depuis l'accouchement

- Qualité du sommeil?
- Qualifier les relations avec le bébé ?
- Qualifier relation avec le conjoint?
- Comment qualifier la vie de tous les jours?
- Comment qualifier le vécu de cette naissance?
- Comment vous envisagez la suite voire même une prochaine grossesse?
- L'hypnose a été bénéfique pour votre accouchement? meilleur vécu grâce a l'hypnose?
- Que vous a apporté l'hypnose selon vous?

Annexe 2/ Test IES-R

Test IES-R (Weiss et Marmar, 1997)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire attentivement chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) pour chacune de ces difficultés au cours de ces 7 derniers jours, en ce qui concerne l'événement suivant :

ENTOUREZ LA RÉPONSE CORRESPONDANT À VOTRE CHOIX

	Pas du tout	Un peu	Moyenne-ment	Beaucoup	Énormément
Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement.	0	1	2	3	4
Je me suis réveillé la nuit.	0	1	2	3	4
Différentes choses m'y faisaient penser.	0	1	2	3	4
Je me sentais irritable et en colère.	0	1	2	3	4
Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser.	0	1	2	3	4
Sans le vouloir, j'y repensais.	0	1	2	3	4
J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel.	0	1	2	3	4
Je me suis tenu(e) loin de tout ce qui m'y faisait penser.	0	1	2	3	4
Des images de l'événement surgissaient dans ma tête.	0	1	2	3	4
J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement.	0	1	2	3	4
J'essayais de ne pas y penser.	0	1	2	3	4
J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face.	0	1	2	3	4
Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés.	0	1	2	3	4
Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement.	0	1	2	3	4
J'avais du mal à m'endormir.	0	1	2	3	4
J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement.	0	1	2	3	4
J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire.	0	1	2	3	4
J'avais du mal à me concentrer.	0	1	2	3	4
Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations.	0	1	2	3	4
J'ai rêvé à l'événement.	0	1	2	3	4
J'étais aux aguets et sur mes gardes.	0	1	2	3	4
J'ai essayé de ne pas en parler.	0	1	2	3	4

GRILLE DES RÉSULTATS

Un score à l'IES-R entre 1 – 11 :

Votre patient présente peu de symptômes de stress post-traumatique. Aucune action n'est requise.

Un score à l'IES-R entre 12 – 32 :

Votre patient présente un bon nombre de symptômes de stress post-traumatiques. A surveiller.

Un score égal ou supérieur à 33 :

La plupart des personnes qui présentent un niveau de symptômes post-traumatiques tel que celui de votre patient souffrent d'un trouble de stress post-traumatique. Référer le patient pour une évaluation approfondie.

ANNEXE 3 / questionnaire sur les antécédents de traumatisme

01: Au cours de sa vie, a-t-il subi, été témoin ou confronté à au moins un événement pouvant représenter une menace pour son intégrité physique ou celle des autres?

Oui.

Non (Dans ce cas votre patient n'a pas vécu d'événement traumatique).

02: Quel est l'événement auquel votre patient a été confronté?

Si votre patient a été exposé à plus d'un événement, choisissez celui qui l'affecte le plus actuellement.

- Votre patient a été exposé à une catastrophe d'origine naturelle. (tornade, tempête, incendie, tremblement de terre, glissement de terrain, raz-de-marée [tsunami], inondation, autre).
- Votre patient a été exposé à un événement d'origine accidentelle. (accident de transport grave, blessure ou maladie grave, incendie, explosion, exposition à une substance toxique, autre).
- Votre patient a été exposé à un événement d'origine intentionnelle. (abus ou négligence dans l'enfance, agression physique, agression sexuelle, incendie, vol, menaces de mort, prise d'otage, expérience de guerre, torture, autre).

03: Laquelle des réponses suivantes reflète le mieux la réaction de votre patient lorsque l'événement traumatique s'est produit?

- Il a ressenti une grande peur.
- Il a eu un fort sentiment d'impuissance. Il était horrifié.
- Il a ressenti plusieurs de ces émotions.
 - Il n'a ressenti ni peur, ni impuissance, ni horreur. Ce choix indique que la personne n'a pas vécu un événement traumatique.

04: À quand remonte cet événement?

Si l'événement que votre patient a vécu s'est prolongé sur une longue durée, considérez le moment où l'événement a commencé :

- Dans la dernière semaine.
- Dans le dernier mois.
- Dans la dernière année.
- Il y a plus d'un an.

Titre du mémoire : « Un cocon magique à portée de main »

Résumé : La grossesse et l'accouchement sont riches en émotions quels que soit leur déroulement. Notre environnement médicalisé est parfois source de stress et d'incompréhension pour les futurs parents. Au centre de la périnatalité, la sage femme exerce un rôle de soignant, de dépistage, de prévention, de suivi mais aussi d'accompagnement global des futurs parents. Une communication adaptée et un dépistage des facteurs prédisposants de stress post obstétrical fait partie intégrante de notre rôle et l'apport de l'hypnose dans ce domaine est incontestable.

Ce travail nous montre, au travers de deux cas cliniques que l'hypnose, et plus particulièrement l'apprentissage de l'auto-hypnose, a permis aux futures mères de maintenir un climat serein et agréable malgré des événements identifiés comme précurseurs de stress post-traumatiques. En effet, on constate une douleur extrême, une phobie de l'hôpital, des antécédents de traumatisme obstétrical, un accouchement identique à celui redouté pendant la grossesse, une pré-éclampsie, un accouchement prématuré... Bien que tous ces facteurs prédisent des symptômes de stress post-obstétrical, les patientes ont un vécu agréable de leur accouchement et l'attribuent elle-même à l'hypnose.

Tout ceci reflète le but même de l'hypnose en périnatalité: avoir un vécu agréable pérenne de la naissance quel qu'en soit son déroulement.

Mots clés : grossesse, accouchement, hypnose, stress post-obstétrical, traumatisme, ESPT.