



HAL
open science

Place de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement

Sophie Rongvaux

► **To cite this version:**

Sophie Rongvaux. Place de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement. Médecine humaine et pathologie. 2004. hal-01893473

HAL Id: hal-01893473

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01893473>

Submitted on 11 Oct 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. 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.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

145467

Ecole de Sages-femmes Albert FRUHINSHOLZ
Nancy



**PLACE DE L'HYPNOSE
DANS LA PRISE EN
CHARGE DE LA DOULEUR
DE L'ACCOUCHEMENT**

Mémoire présenté et soutenu par
Sophie RONGVAUX
Promotion 2000-2004

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D

007 229598 5

*L'homme est un apprenti,
La douleur est son maître ,
Et nul ne se connaît tant qu'il n'a pas souffert.*
Alfred de MUSSET

*Comme un enfant bercé par le chant monotone,
Mon âme s'assoupit au murmure des eaux.*
LAMARTINE

Remerciements

A Madame Anne Marie CRESSON pour son aide et ses conseils au cours de la réalisation de ce mémoire.

A toute l'équipe du Centre Hospitalier du Belvédère pour son accueil et sa gentillesse et tout particulièrement à Monsieur Yves HALFON et à Madame Pascale VARIN pour leur précieuse contribution.

A Christine, Daniel, Emilie et Arthur.

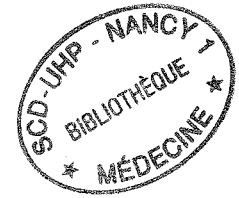
A Jean et Robert, à qui j'aurais aimé pouvoir faire lire ce mémoire.

A ma famille.

A Vaness, Mélanie, Manu, Karin, Estelle, Audrey et Anne pour tous les moments passés ensemble.

A François Xavier, mon prince charmant.

Sommaire



Remerciements	4
Sommaire.....	5
Préface.....	6
Introduction	7
Première partie : douleur obstétricale et hypnose.....	8
I Gestion de la douleur obstétricale à travers les âges	9
II La douleur en obstétrique.....	14
III L'hypnose	22
Deuxième partie : l'étude.....	33
I Méthodologie et caractéristiques de l'étude.....	34
II Description de la préparation suivie	37
III Résultats de l'étude	45
Troisième partie : analyse des résultats et réflexions.....	55
I Analyse des résultats.....	56
II Réflexions	57
Conclusion.....	72
Bibliographie	73
Table des matières	77
Annexes.....	79

Préface



Chaque accouchement est unique. Chaque future maman voudrait pouvoir le vivre à sa manière.

Cependant nous retrouvons dans tout accouchement une constante : la douleur que génèrent les contractions utérines, la descente du mobile fœtal ou l'expulsion.

Depuis le début de mes études de Sage-femme, j'ai assisté à un grand nombre d'accouchements, la plupart sous analgésie péridurale : la douleur y était en général bien prise en charge, les femmes, bien soulagées, étaient calmes et sereines.

Mais avant d'arriver à ce résultat, il y a tous les moments où la douleur est difficilement atténuable : les faux débuts de travail, le tout début du travail... et puis il y a des femmes pour lesquelles l'analgésie péridurale est contre-indiquée, celles qui arrivent « trop tard », ou celles qui veulent accoucher le plus naturellement possible.

L'accompagnement de ces femmes a été pour moi bien plus difficile : comment les aider à surmonter cette épreuve en respectant leurs désirs et avec le peu de moyens disponibles à ces stades ?

Je me suis donc intéressée aux alternatives à l'analgésie péridurale et plus particulièrement à l'une des moins connues : l'hypnose.

Quels sont les principes de base ? Qui est concerné par cette technique ? Est-elle suffisante pour lutter contre la douleur ?

Cette technique est elle efficace dans la prise en charge de la douleur des femmes qui désirent accoucher sans analgésie péridurale ?

Il m'a paru intéressant d'approfondir ma connaissance de cette technique afin de partager mes expériences et d'améliorer ma prise en charge des parturientes.

Introduction

L'accouchement est sûrement l'expérience la plus douloureuse d'une femme dans son existence. Bien que la douleur soit physiologique, la rendre supportable est le but recherché depuis longtemps pour qu'elle ne soit pas la seule chose qu'une mère retienne de ce jour qui devrait être un des plus heureux de sa vie.

L'étude de l'histoire nous montrera que la lutte contre la douleur n'est pas une mode contemporaine mais le fruit de recherches entreprises depuis de nombreuses années. Ensuite nous étudierons les mécanismes de la douleur obstétricale et les facteurs qui l'influencent.

Forts de ces éléments, nous présenterons une méthode permettant une prise en charge inédite : l'hypnose, ses principes et ses applications, en médecine et en obstétrique en particulier.

A la lumière d'une étude bibliographique et d'un travail de terrain, nous verrons l'utilisation judicieuse de cette technique dans le cadre de notre pratique professionnelle.

Première partie :
douleur obstétricale
et hypnose.

I Gestion de la douleur obstétricale à travers les âges

Aujourd'hui, une femme qui arrive à la maternité pour accoucher sait que le corps médical dispose de nombreux procédés pour diminuer, voire supprimer la douleur qu'elle ressentira au moment de son accouchement .

Cependant sa mère, sa grand-mère auront vécu des situations totalement différentes : chaque époque et chaque lieu ont été marqués par des possibilités comme des carences dans la prise en charge. Comment a-t-on appréhendé la douleur de l'accouchement à travers les différentes époques ?

I.1 Au temps de l'Egypte ancienne :

La parturiente, assise à terre sur une natte, était installée entre quatre pierres de « mise au monde ». Durant tout le travail elle psalmodiait des incantations et des chants à Isis, la déesse du mariage et de la fécondité. Modulations musicales, potions et massages avaient pour but de calmer la femme et donc de faciliter le travail et l'accouchement. Des décoctions de pavot, dont les effets neuroleptiques et hypnotiques sont reconnus, apaisaient les contractions.

I.2 Durant l'Antiquité :

A cette époque, les futures mères se mettaient sous la protection d'Artémis en Grèce et de Lucine à Rome. Les femmes utilisaient volontiers des onguents, des talismans, des médailles, des tisanes et des pierres d'aimant pour les aider durant le travail .

Pour les Tragiques grecs, la douleur faisait partie du destin de l'individu et elle était l'expiation d'une faute dont il n'était pas responsable .

Au premier siècle après Jésus Christ, Soranos d'EPHESE, fondateur de l'obstétrique et de la gynécologie, se penchait déjà sur les problèmes de sécurité et de confort de la femme en travail .

Au deuxième siècle avant Jésus Christ, GALIEN, médecin grec, catalogua les différentes formes de douleur (pulsatile, gravative, tensive et pongitive). Il fut le premier à penser que le devoir essentiel du médecin était de soulager la douleur du

patient. La sémiologie galénique (relative à la méthode de Galien), établie en partie sur les acquis du corpus hippocratique, n'a été abandonnée qu'au vingtième siècle.

I.3 Au Moyen-Âge :

On fit peu de progrès à cette époque : l'Eglise s'efforça de lutter contre les superstitions, soit en les combattant, soit en les christianisant : la femme en travail s'entourait le ventre de la ceinture de Sainte Marguerite, la plus célèbre de ces ceintures appartenant à l'Abbaye de Saint Germain des Prés. Ultérieurement lors des couches de Marie de MEDICIS, on déposa près d'elle les reliques de Sainte Marguerite et elle fut accompagnée tout au long du travail par deux religieux de Saint Germain des Prés priant sans cesse.

I.4 De la fin du Moyen-Age au XIXème siècle :

I.4.1 Au XVI ème siècle :

L'obstétrique commença à intéresser les médecins. Ambroise PARE (1510-1590) utilisait un mélange de jusquiame, de ciguë, de solanum, de mandragore et d'opium, ingéré ou en applications locales.

En 1561, Valérius CORDIUS publia le procédé de fabrication de l'huile de vitriol, baptisée éther au siècle suivant.

I.4.2 Au XVII ème siècle :

Guillaume MAUQUEST de la MOTTE (1655-1737), pensait que la pesanteur jouant sur l'enfant lorsque sa mère était libre de ses mouvements aidait la descente du bébé, raccourcissait la durée du travail et permettait une meilleure rotation de la tête fœtale dans le bassin.

I.4.3 Au XVIII ème siècle :

Le dolorisme¹ des Lumières justifiait les douleurs de l'accouchement par la phrase biblique « tu enfanteras dans la douleur ». Cette phrase était considérée comme la conséquence de la condamnation de la femme pour avoir fait manger à Adam le fruit de l'arbre de la connaissance du bien et du mal.

I.4.4 Au XIXème siècle :

Cette période fut marquée par de nombreuses découvertes :

- 1803 : Friedrich SERTÜNER, chimiste allemand, découvre la morphine.
- 1843 : James BRAID (1795-1860), chirurgien britannique, introduit en obstétrique l'hypnose obtenue par suggestion verbale.
- 1847 : Sir James Young SIMPSON (1811-1870), gynécologue obstétricien, administre pour la première fois de l'éther à une femme en travail. L'année suivante il commence à utiliser le chloroforme, administré grâce à un mouchoir imprégné placé devant la bouche et les narines.
- 1853 : Sir John SNOW (1813-1858), anesthésiste britannique administre du chloroforme à la reine Victoria lors de son huitième accouchement. Cette méthode fut alors nommée « anesthésie à la Reine » et fut utilisée pendant près d'un siècle.
- 1881 : introduction en obstétrique du protoxyde d'azote (découvert en 1772).
- 1882 : Jean Martin CHARCOT (1825-1893), neurologue français, élabore une méthode pour soulager la douleur de l'accouchement à partir de l'hypnose.
- 1884 : Description de la première analgésie péridurale.
- 1890 : KREISS pratique la première « narcose médullaire ».
- 1891 : Auguste LIEBAUT (1823-1904), médecin et hypnotiseur français, s'intéressa aux facteurs psychologiques de l'hypnose et décrivit plusieurs tentatives d'analgésies hypnotiques lors d'accouchements.

Nous reviendrons ultérieurement sur l'évolution des différentes techniques utilisant l'hypnose.

¹ Doctrine de l'utilité de la valeur (morale) de la douleur.

I.4.5 Au XXème siècle :

De nombreuses techniques ont été développées au XXème siècle. Certains procédés chimiques ayant des effets nocifs pour la mère et l'enfant furent abandonnés.

➤ 1906 : GAUSS injecta de la scopolamine associée à de la morphine pour obtenir un état de sommeil dit « crépusculaire ». Cependant cette association fut malheureusement à l'origine de morts fœtales.

➤ 1909 : STOECKEL réalise la première anesthésie caudale pour un accouchement.

➤ 1928 : SCHICKELE et KREISS utilisent la spasmalgine (mélange d'extraits d'opium et d'atropinique).

➤ 1933 : READ, accoucheur anglais fait paraître son livre Childbirth without fear (accouchement sans crainte), traduit en français en 1953. Son avis étant que l'accouchement naturel ne devrait pas être douloureux, la douleur y étant due à une tension musculaire excessive causée par la peur de l'accouchement, l'origine de cette peur étant tous les témoignages négatifs entendus par la patiente. Selon READ, la preuve est que les femmes des peuplades primitives ou les femelles des animaux ne souffrent pas en accouchant .

La méthode de READ comprenait une préparation psychologique et une préparation physique. Les femmes y apprenaient des notions d'anatomie et de physiologie se rapportant à la conception, la grossesse et l'accouchement et effectuaient des exercices musculaires et respiratoires.

➤ 1943 : GARNIER préconise l'infiltration sympathique lombaire, origines de la réflexothérapie lombaire.

➤ 1951 : LAMAZE, accoucheur français, développe la méthode de psychoprophylaxie obstétricale (PPO) en se basant sur les travaux de physiologie nerveuse du physiologiste russe PAVLOV (1849-1936). Le terme de PPO fut créé par l'obstétricien soviétique VELVOSKI pour indiquer le rôle essentiel de l'action psychique et préventive dans la préparation à la naissance. Cette méthode a été élaborée par VELVOSKI et NICOLIEV, obstétriciens à Kiev, à la suite de travaux sur la méthode hypno suggestive. Son but est d'obtenir les mêmes effets que l'hypnose mais sans hypnose.

➤ 1958 : développement de l'analgésie électrique. Elle réapparaîtra en 1970 avec le Courant de Limoges.

- 1960 : remboursement par la Sécurité Sociale des séances d'accouchement sans douleur (ASD) et création de la sophrologie par Alfonso CAYCEDO, Professeur de psychiatrie à Barcelone.
- 1968 : nouvel essor de l'acupuncture en Chine, au moment de la Révolution culturelle. Des césariennes sont pratiquées sous acupuncture mais cette technique est vite abandonnée car jugée peu efficace.
- Années 70 : démocratisation de l'analgésie péridurale. Utilisée à la base uniquement sur indication médicale, elle est aujourd'hui accessible à toutes.

II La douleur en obstétrique

Selon l'International Association for Study of Pain, la douleur « *est une expérience sensorielle désagréable associée à une lésion tissulaire ou décrite en des termes évoquant une telle lésion* ». Cette définition met en évidence les multiples aspects des manifestations douloureuses, à la fois phénomènes physiologiques de défense (nociception) et réactions affectives personnelles intimes.

Ces dimensions sont exacerbées au moment de l'accouchement, épisode à la fois le plus beau et souvent le plus douloureux de la vie d'une femme.

De surcroît, dans cette situation, la douleur n'est pas le symptôme d'un état pathologique, mais celui d'un état physiologique.

II.1 Aspects physiologiques de la douleur :

II.1.1 Pendant la première phase du travail :

Durant cette phase, la douleur provient de l'étirement du segment inférieur. Les contractions sont le facteur déclenchant de la douleur, qui apparaît avec un temps de latence par rapport au début de la contraction. Il a été démontré que la douleur apparaissait lorsque la pression intra-amniotique dépassait de 15 mmHg la pression minimale nécessaire à la distension du segment inférieur et du col.

Lors de cet étirement, il y a excitation des mécanorécepteurs présents dans la région paracervicale et l'utérus. L'excitation est augmentée par la pression exercée par les contractions utérines et la libération de prostaglandines à ce moment.

Lors de la dilatation, le message est transmis par des fibres sensibles C vers le plexus hypogastrique inférieur puis vers la corne postérieure de la moelle de T10 à L1. Lors de la phase passive (phase de latence), la douleur est limitée à T11 et T12 alors que dans la phase active, c'est à dire après 5 cm de dilatation, la douleur est plus intense et s'étend de T10 à L1.

La proximité avec les neurones provenant des fibres A β véhiculant la sensibilité tactile induit un phénomène de douleur projetée, à prédominance antérieure ou postérieure en fonction de la présentation fœtale. Les douleurs se localisent en avant entre l'ombilic et la symphyse et en arrière remontent vers le niveau vertébral correspondant (T10 à L1). Lors de la phase de latence, la douleur se limite à T11 et T12 puis s'étend de T10 à L1. On peut alors retrouver des douleurs de la face antérieure des cuisses.

Durant cette phase la douleur est diminuée lorsque la patiente est en position verticale et majorée lorsqu'elle est en décubitus.

II.1.2 Pendant la deuxième phase du travail :

A la douleur occasionnée par la distension de l'utérus et ses annexes, s'ajoute celle due à l'étirement du péritoine pariétal, des ligaments pelviens et des organes et structures anatomiques de la cavité pelvienne (étirement et tension de la vessie, de l'urètre, de rectum, des ligaments, fascia, muscles de la cavité pelvienne) et à l'hyperpression des racines du plexus lombo-sacré

Il existe au niveau de la filière pelvienne et du plancher pelvien des récepteurs (mécanorécepteurs, chémorécepteurs) d'où partent des fibres nerveuses A δ vers la corne postérieure de la moelle de S1 à S5.

A ce stade, les douleurs projetées peuvent s'étendre à toute la partie sous ombilicale du corps.

En fin de travail, la taille du fœtus (macrosome par exemple), sa présentation, l'intensité des contractions et la durée des phases de repos peuvent majorer les sensations ressenties.

II.2 Aspects sociologiques de la douleur :

Les contractions utérines du travail entraînent des sensations douloureuses dont il ne faut pas minimiser l'importance. Toutefois d'autres composantes interviennent.

Selon Yves HALFON, psychologue au Centre Hospitalier du Belvédère, « *l'accouchement se définit aussi comme une expérience émotionnelle et physiologique très intense pour chaque femme, et qui peut atteindre une violence perçue comme déstructurante, désorganisatrice par la femme, même si pour le soignant, tout se passe bien sur le plan obstétrical* ». ²

Il existe de nombreux facteurs « non médicaux » qui augmentent ou diminuent la perception de l'intensité de la douleur.

Selon MELZACK, la primiparité, le bas niveau socio-économique, la présence du père ou un accouchement nocturne, augmenteraient la douleur. Au contraire, la préparation à la naissance, un haut niveau socio-économique, ou des expériences douloureuses antérieures diminuent la douleur.

Il existe d'autres facteurs qui peuvent modifier la donne.

II.2.1 La pression culturelle :

Chaque individu vivant en société est soumis à l'enculturation, c'est à dire « *le processus de conditionnement conscient et inconscient par lequel un individu assimile au cours de sa vie les traditions de son groupe et agit en fonction de celles-ci* » ². La maternité et l'accouchement font partie des événements les plus ritualisés dans les communautés : il existe des traditions, des coutumes, des précautions prises, des interdits à ne pas enfreindre. Tout cela constitue un passage obligé pour que la femme témoigne de son appartenance à cet entourage.

L'expression de la douleur ressentie a une place importante dans ces rites. Le rapport à la douleur peut même occuper une place centrale dans la définition qu'un peuple se donne. Par exemple, chez les Baribas du Nord du Bénin et du Nigeria, les femmes doivent accoucher seules, on les aide uniquement au moment de couper le cordon. Elle ne doivent pas montrer leur souffrance au moment du travail ou de l'accouchement, tout manquement à cette règle constitue une honte pour leur famille.

² HALFON, Yves, Douleurs et Obstétrique.

II.2.2 L'histoire psychoaffective de la femme :

Le développement psychoaffectif de la future mère, ses rapports avec son corps sexué peuvent avoir une influence sur la façon dont elle va vivre son accouchement : selon Léon CHERTOK « *la maternité apparaît comme une crise intégrative : si elle doit permettre une assomption du rôle maternel dans la réalité des relations mère/enfant, elle implique aussi la reviviscence des conflits structurants qui ont jalonné l'histoire de la mère et donné leur forme à ses identifications* »³.

II.2.3 Le rappel des expériences douloureuses passées :

Les situations douloureuses passées, l'aide ^{de} la femme reçue dans ces circonstances, modulent sa perception de sa douleur au moment de l'accouchement.

Bien souvent, elle réentendra lors de sa grossesse les récits des accouchements de sa mère, de ses amies, de son entourage.

Ces récits, bien souvent négatifs et traumatisants, la conduiront à élaborer ses fantasmes et ses peurs. Dès sa naissance, la femme entend le discours des autres femmes, de sa mère. Avant même d'être enceinte, elle aura donné une signification particulière à la douleur de l'accouchement.

II.2.4 L'angoisse :

L'accouchement est pour toutes les femmes une source d'angoisse : peur de l'inconnu pour les primipares mais aussi pour les multipares (chaque accouchement est unique est nul n'est à l'abri d'une complication), peur de perdre l'enfant, peur de la souffrance.

La peur de mourir est souvent éprouvée lors de l'enfantement. Elle est à son apogée lorsque la future mère a elle-même perdu une de ses proches dans ces conditions.

³ CHERTOK, Léon,
Les méthodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur
Paris :1957.

La peur de la douleur est un facteur important car elle abaisse le seuil de tolérance à la douleur. Elle est à l'origine de réflexes de défense qui conduisent à des tensions neuromusculaires des muscles striés et lisses.

Le stress excessif peut entraîner une dystocie dynamique, un allongement du travail, et parfois une stagnation de la dilatation pouvant aller jusqu'à la césarienne.

II.2.5 La fatigue :

La fatigue peut être un facteur perturbant la parturiente lorsque l'accouchement dure : diminuant le seuil de tolérance à l'inconfort et à la douleur, elle peut décourager la femme quant à l'utilité de ses efforts.

II.2.6 L'attention :

Plus la femme est focalisée sur sa douleur, plus elle l'anticipe et plus celle-ci sera ressentie comme intense.

II.2.7 La relation aux soignants :

L'isolement de la patiente pendant le travail, une solitude ressentie ou des attitudes inadaptées des soignants (explications maladroitement, démarche diagnostique ou de soin hésitante mais aussi mimiques, timbre de la voix...) majorent le ressenti douloureux de la femme.

La confiance mutuelle soignant/soignée est un facteur très important dans la sécurisation de la femme.

II.3 Evaluation de la douleur :

Il existe différents types d'échelles (spécifiques ou non à l'obstétrique) utilisées pour évaluer la douleur en obstétrique .

II.3.1 Echelles unidimensionnelles :

➤ **Echelle verbale simple (EVS) :**

Elle est utilisées depuis les années quarante. Elle est basées sur des termes-clés que les patientes sélectionnent. Elle comprend 5 niveaux : absence de douleur, douleur faible, modérée, intense ou extrêmement intense. Cette échelle est peu utilisée.

➤ **Echelle visuelle analogique (EVA) :**

C'est l'échelle la plus simple à utiliser et la plus employée dans les travaux actuels. On emploie une règle graduée de 0 à 10, la patiente devant situer l'intensité de sa douleur sur celle-ci. Le point 0 correspond à l'absence complète de douleur, l'autre extrémité correspond à la douleur maximale imaginable.

➤ **Echelle numérique :**

Le principe est le même que pour l'échelle numérique : la douleur est divisée en 100 unités. On demande aux patientes d'évaluer leur douleur en lui donnant une note.

II.3.2 Echelles multidimensionnelles :

➤ **Questionnaire de Mac Gill :**

Il a été adapté à l'obstétrique par MELZACK.⁴

Les résultats permettent d'appréhender toutes les dimensions de la douleur : quantitatives, affectives et comportementales grâce à l'utilisation de 20 groupes d'adjectifs. On obtient un score de douleur.

Il existe une version française de ce questionnaire : le questionnaire d'auto évaluation de la douleur de Saint-Antoine (QDSA) présenté ci-après.

⁴ MELZACK, R., WALL, P.D.
Pain mechanics: a new theory.
Science, 1965,100, 971.

Nom : Date :

Vous trouverez ci-après une liste de mots utilisés par certaines personnes pour définir une douleur. Afin de préciser la douleur que vous ressentez en général, donnez une note à chaque mot selon le code suivant :

1. Absent	Pas du tout
2. Faible	Un peu
3. Modéré	Moyennement
4. Fort	Beaucoup
5. Extrêmement fort	Extrêmement

Pour chaque classe de mot, entourez le mot le plus exact pour décrire votre douleur.

Battements	Etirement	Inquiétante
Pulsations	Distension	Oppressante
Elancements	Déchirure	Angoissante
En éclair	Torsion	Harcelante
Décharges électriques	Arrachement	Obsédante
Coups de marteau	Chaleur	Cruelle
Rayonnante	Brûlure	Torturante
Irradiante	Froid	Suppliante
Piqûre	Glace	Gênante
Coupure	Picotements	Pénible
Pénétrante	Démangeaisons	Insupportable
Transperçante	Engourdissement	Enervante
Coups de poignard	Lourdeur	Exaspérante
Pincements	Sourde	Horripilante
Serrement	Fatigante	Déprimante
Compression	Épuisante	Suicidaire
Ecrasement	Ereintante	
En étai	Nauséuse	
Broiement	Suffocante	
Tiraillement	Syncopale	

Figure 1: Questionnaire de Saint Antoine

➤ **Echelle comportementale de Bourreau et Bonnel :**

Il s'agit des appréciations subjectives formulées par les observateurs, en général le personnel soignant à travers les manifestations comportementales des patientes. Cette échelle est spécifique à l'obstétrique.

La douleur est cotée de 0 à 4 :

- 0 : comportement inchangé.
- 1 : modification du rythme respiratoire.
- 2 : apparition d'une crispation des mains sur le drap, le lit ou le bras d'une personne qui assiste.
- 3 : persistance des modifications précédentes en dehors des contractions.
- 4 : agitation incontrôlable.

➤ **Questionnaire d'angoisse de SPIELBERGER**

Questionnaire d'autoévaluation permettant de déceler l'angoisse chez le patient.

II.3.3 Résultats des évaluations :

On retrouve peu de travaux évaluant la douleur obstétricale.

Les plus connus sont ceux de MELZACK.

« La douleur obstétricale apparaît intense, supérieure à la douleur cancéreuse en phase non terminale, à la douleur du membre fantôme pour les douleurs chroniques ou à la douleur de fracture pour les douleurs aiguës. Elle est proche de la douleur provoquée par l'arrachement d'un doigt. Elle est cotée 38 pour une primipare non préparée à l'accouchement, 32 pour une primipare préparée à l'accouchement, 30 pour une multipare, sur une échelle allant de 0 à 20 construite à partir du MC GILL Pain Questionnaire ».

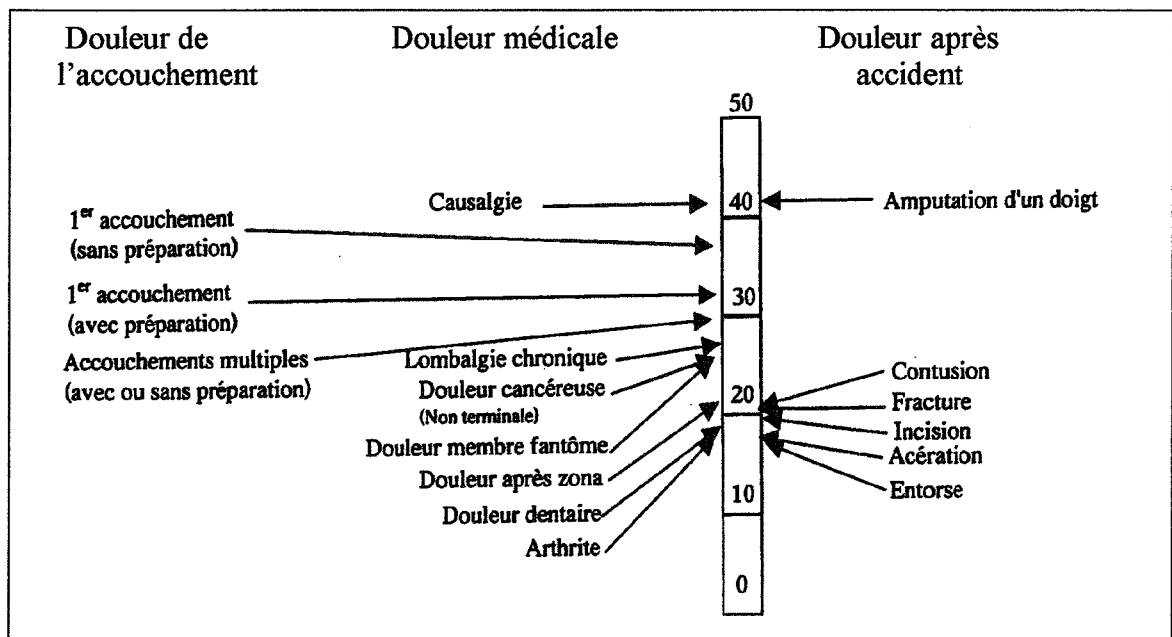


Figure 2: Echelle de MAC GILL pour la douleur obstétricale.⁵

« Il existe une grande variabilité individuelle, mais aussi d'un accouchement à l'autre pour une même femme.

La douleur augmente tout au long de l'accouchement. Elle est maximale à l'expulsion.

Les travaux utilisant l'EVA avancement des chiffres supérieurs à 7, ce qui place la douleur obstétricale dans les douleurs intenses ».

⁵ BAYOUMEU, Françoise.

La douleur en obstétrique : rappels physiologiques, facteurs, évaluation.
Nancy : 2002.-6p.

III L'hypnose

L'hypnose traditionnelle et ses dérivés (hypnose contemporaine) sont des techniques très anciennes.

Il existe un manuscrit égyptien du troisième siècle avant Jésus Christ décrivant l'existence de temples du sommeil en Egypte. MUSES découvrit en 1972 une stèle datant du règne de Ramsès XII sur laquelle était gravée la transcription d'une séance d'hypnose.

Dès lors il y eut une alternance de périodes d'engouement et de disgrâce.

Des hommes comme Franz Anton MESMER, Armand Marie Jaques de CHASTENET, marquis de PUYSEGUR, José Custidio FARIA, James BRAID, Ambroise Auguste LIEBEAULT, Jean Martin CHARCOT, Hyppolite BERNHEIM, Pierre JANET, Sigmund FREUD, Milton H. ERICKSON et Léon CHERTOK ont permis grâce à leurs recherches, leurs travaux et leur détermination d'arriver à notre conception de l'hypnose moderne.

Nous étudieront l'utilisation de l'hypnose ericksonnienne, qui fait appel à la valorisation par le patient de ses propres ressources.

Milton H. ERICKSON (1901-1980) était psychiatre. Il dû franchir de nombreux obstacles dans son adolescence : daltonien, dyslexique et incapable de reconnaître un rythme musical, il fut frappé à 17 ans par la poliomyélite.

Fort de ces handicaps, il inventa des techniques de réapprentissage de la sensibilité et de la motricité et expérimenta l'hypnose. Pour lui, elle permet de potentialiser ses ressources pour changer.

Il donne un place importante à l'inconscient : regroupant tout ce qui n'est pas conscient, c'est le dépositaire des apprentissages de vie du patient, une entité positive et créatrice où le malade peut organiser des solutions plus souples et plus adaptées que la conduite symptomatique actuelle, le but étant de requérir ses acquis et ses ressources inconscientes.

Il prouva que l'état hypnotique, contrairement à l'idée coutumière d'emprise et de manipulation, permettait d'ouvrir un espace de plus grande liberté.

En hypnose ericksonnienne, on n'utilise pas de suggestion arbitraire visant le symptôme : le thérapeute utilise le langage du patient pour lui permettre d'atteindre ses ressources cachées.

III.1 Qu'est-ce que l'hypnose ? :

III.1.1 Définitions :

Pour Léon CHERTOK, « *l'état hypnotique apparaît comme un état de conscience modifié à la faveur duquel l'opérateur peut provoquer des distorsions au niveau de la mémoire, et des perceptions sensorielles en l'occurrence, dans le traitement de la douleur* ». ⁶

Pour la British Médical Association, c'est « *un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et dans la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et à l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices peuvent être dans l'état hypnotique, produits ou supprimés* ».

III.1.2 Hypothèse actuelle :

Le praticien appréciera chez son patient des états de conscience naturels allant de la concentration, à une attention maximale ou au contraire à des moments de rêverie, en passant par la relaxation. On décrit cet état comme une transe naturelle, qui consiste en un état particulier de conscience . On y observe une diminution de la sensibilité aux stimulations, une détérioration voire une perte transitoire de contact avec le milieu extérieur, la substitution de comportements automatiques à une activité volontaire. Souvent, on retrouve une exaltation euphorique qui fait penser au sujet qu'il a été transporté hors de lui-même et du monde réel.

⁶ CHERTOK, Léon.
Hypnose et suggestion.-2° ed.
Paris :Presses universitaires de France, 1993.-226p.

Tout un chacun entre régulièrement en transe naturelle, sans s'en apercevoir, dans des contextes particuliers :

- Quand on décroche son attention ou qu'on se défocalise de la réalité (lors d'une conférence ennuyeuse par exemple).
- Quand on se concentre ou qu'on focalise son attention (ex : pendant un film captivant).
- En situation de dissociation ou de clivage entre conscience et/ou activité (ex : manger du pop-corn au cinéma).
- En cas de comportement rythmique, répétitif (enfant qui fait de la balançoire).

Actuellement, on considère l'hypnose comme « *l'étude et l'utilisation d'états de conscience tout à fait habituels chez l'homme* »⁷. Le patient peut se trouver dans ces états dans des contextes naturels, positifs ou neutres (états de concentration, d'attention maximale), des contextes anxiogènes et /ou traumatiques (ex : accidents du travail ou de la circulation), des contextes médicaux anxiogènes (ex : une consultation médicale et ses différents temps, examen, ordonnance, intervention...) ou des états de conscience naturels que l'on peut provoquer par des procédés de communication (ex : art du thérapeute de focaliser l'attention du sujet et le basculer sur le monde figuratif).

*« C'est un état psychologique naturel avec des caractéristiques physiologiques ressemblant au sommeil, seulement très superficiellement, et marqué par un fonctionnement de l'individu à un autre niveau de conscience que l'état ordinaire »*⁷.

Le patient y est plus réceptif et sensible. Il donnera plus d'importance à ce qu'il ressent à l'intérieur et aux produits de son imagination qu'à son habitude.

Il peut en découler chez le patient, naturellement ou après proposition de l'hypnotiseur :

- une amnésie.
- une distorsion du temps (contraction ou expansion).
- une progression en âge.
- une régression en âge.

⁷ HALFON, Yves.

L'apprentissage de l'hypnose clinique aujourd'hui.

Rouen : Institut Milton H. Erickson de Normandie, 2003.-p5.

- des hallucinations positives (perception de quelque chose non perçue habituellement) ou négatives (non perception de quelque chose perçue habituellement).
- une anesthésie.
- une analgésie.
- des modifications psychophysiologiques (mouvements musculaires, ralentissements ou accélérations cardiaques..).
- un travail sur les affects.

III.2 Etat hypnotique ou transe hypnotique :

III.2.1 Définition :

C'est « *un plateau de conscience très élevée vers l'intérieur de soi-même, accompagnée d'une atténuation de la vigilance externe, ou un état détendu de concentration* »⁸. On constate dans cette situation que le patient a une attitude différente de celle qu'il aurait en dehors de la transe : le regard fixe, une tendance à prendre tout ce qui est dit au pied de la lettre, une absence de prise d'initiatives et surtout une suggestibilité accrue.

Il existe des échelles permettant de savoir si le patient est en état d'hypnose et permettant de qualifier la profondeur de la transe (la plus classique étant l'échelle de DAVIS et HUSBAND).

On aura alors plusieurs catégories de trances :

- L'état hypnoïde où la relaxation physique peut être complète.
- La transe légère, accompagnée de phénomènes de catalepsie.
- La transe moyenne avec possibilité d'illusions kinesthésiques ou d'amnésie partielle.
- La transe profonde avec possibilité d'hallucinations positives ou négatives et parfois somnambulisme complet avec ouverture des yeux et amnésie post-hypnotique spontanée.

⁸ HALFON, Yves.

L'apprentissage de l'hypnose clinique aujourd'hui.
Rouen : Institut Milton H. Erickson de Normandie, 2003.-p5.

III.2.2 Phénomènes induits par la transe :

➤ **Phénomènes psychologiques :**

Des phénomènes idéo-dynamiques (fonctionnements cognitifs de type figuratif) peuvent être observés. Si une image est suggérée à la patiente, l'image entraînera une réponse physiologique ou comportementale. Cela peut être l'idée d'une sensation (phénomène idéo-sensoriel), d'un mouvement (phénomène idéo-moteur), l'idée d'une émotion (phénomène idéo-affectif) ou l'idée d'un apprentissage (phénomène idéo-cognitif).

Quelles que soient les explications données à ces phénomènes, ils sont généreusement utilisés dans la pratique de l'hypnose, soit pour familiariser à l'état et aux manifestations hypnotiques, facilitant le travail inconscient et approfondissant la transe, soit dans un but thérapeutique précis.

Ces phénomènes, même s'ils existent en dehors de toute induction hypnotique, peuvent représenter à eux seuls une induction hypnotique.

➤ **Phénomènes physiques :**

❖ **signes objectifs visibles par le thérapeute :**

Multiples et fréquemment rencontrés, ils peuvent être utilisés pour connaître la profondeur de la transe.

Tous ces signes se retrouvent chez le sujet hypnotisé, mais ils ne seront pas tous forcément présents lors d'une transe hypnotique. Selon ROSSI voici la liste partielle des signes comportementaux, semi-sensoriels, émotionnels et cognitifs :

- Rougir, pâlir.
- Relâchement des traits du visage.
- Mouvements des globes oculaires.
- Mouvements et clôture des paupières.
- Modifications de la dilatation des pupilles.
- Ralentissement du rythme respiratoire.
- Ralentissement du pouls.
- Détente, relaxation.
- Périodes de sommeil.

- Economie de mouvement.
- Lenteur ou absence de mouvement.
- Comportements moteurs et conceptuels décalés dans le temps.
- Impression d'éloignement.
- Mode d'attention modifié.
- Modifications corporelles, sensorielles, musculaires.
- Distorsions sensori-perceptuelles.
- Etats spontanés d'altération de la conscience : régression en âge, amnésie, anesthésie, catalepsie, hallucinations, illusions, distorsion du temps.
- Réactions émotionnelles.
- Langage littéral.
- Langage réduit ou absent.
- Changement de voix.
- Etirements.
- Bâillements.

❖ **Signes subjectifs (que le sujet rapporte) :**

De manière inconstante sont retrouvés :

- Une sensation de grande relaxation.
- Une lourdeur au niveau du corps et surtout au niveau des membres.
- Un fourmillement et une impression de pesanteur et d'engourdissement dans les membres et dans les mains.
- Des sensations de légèreté.
- Un détachement vis à vis de l'entourage qui semble très lointain et l'impression d'être hors du monde.
- La prise de conscience de stimuli ignorés habituellement comme les sensations de démangeaisons.

Le sujet réagira exclusivement aux suggestions faites par l'hypnotiseur, sauf si celui-ci « transfère » le contrôle à un autre thérapeute.

Cette notion peut s'avérer très utile dans certaines situations notamment lors de l'analgésie chirurgicale ou obstétricale. Dans ce cas, le « transfert » est effectué vers le chirurgien ou l'obstétricien pour que ces derniers puissent effectuer une suggestion directement au sujet si nécessaire.

III.3 Méthodes :

III.3.1 Construction de la suggestion :

Selon BERNHEIM⁹, la notion de suggestion « *est une idée introduite dans le cerveau et acceptée par lui* », cette idée se transformant en acte.

Cependant la construction même de ces suggestions est importante pour pouvoir atteindre le but recherché. Selon les situations, on utilisera la suggestion directe, indirecte ou les deux méthodes combinées.

Les suggestions directes énoncent un problème ou une solution à ce problème très clairement, elles mettent en jeu l'expérience consciente de la personne, elles donnent des réponses adaptées aux difficultés rencontrées. Par exemple si on veut que le patient ferme les yeux, on lui dira : « fermez les yeux ». Dans le cas d'une suggestion indirecte, qui sera plus subtile et s'adressera plus à l'inconscient du patient, on lui dira : « beaucoup de patients aiment s'asseoir sur cette chaise les yeux fermés ».

L'utilisation de suggestions indirectes peut conduire à un étonnement du patient au niveau conscient. Parallèlement, son inconscient associera ces paroles avec son expérience interne, préparant ainsi le changement qui aura lieu.

Il existe plusieurs structures de suggestions possibles : des suggestions positives, négatives, directes, indirectes, ouvertes, détaillées, permissives, autoritaires ou post-hypnotiques.

III.3.2 Induction de la transe:

L'hypnothérapeute utilise en vue de l'induction une série d'attitudes verbales et non verbales. Ces techniques d'induction de progression lente ou rapide aboutissent à des réponses parfois volontaires, parfois involontaires.

Dans un premier temps, l'objectif est de retenir l'attention du patient en utilisant un objet qu'il devra fixer : un point imaginaire, un stylo, un porte manteau... puis à restreindre son champ de conscience en faisant disparaître toute sollicitation extérieure dérangeante : stimulation visuelle, sonore, somesthésique, activité mentale dispersée.

⁹ Hyppolite BERNHEIM (1840-1919), professeur à la Faculté de Médecine de Nancy, détenteur de la chaire de clinique médicale, un des quatre chefs de file de l'école de Nancy avec Henri BEAUNIS, Jules LIEGEOIS et Auguste LIEBAULT.

Une fois que l'attention du patient est attirée, son activité intellectuelle est « guidée » : elle est contenue, endiguée, apaisée jusqu'à atteindre l'état hypnotique.

Dans toutes les techniques d'induction on conduira le patient à fixer son attention vers l'intérieur lui même.

Le nombre de facteurs qui retiendraient l'attention du patient est diminué pour qu'un seul subsiste : le son de la voix et la signification des paroles du praticien.

III.3.3 Approfondissement de la transe

Un approfondissement de la transe est obtenu, par rapport à la phase d'induction, par un accroissement du centrage de l'attention et de la concentration chez le patient.

La profondeur de la transe peut varier pendant le cours d'une séance et les suggestions d'approfondissement ne sont pas obligatoirement dites juste après la procédure d'induction mais peuvent être disséminées dans le discours.

ERICKSON racontait : *« un grand praticien me disait que certains patients ont besoin d'entrer très profondément en hypnose et que d'autres peuvent accomplir toutes les modifications qu'ils souhaitent dans une transe très légère . Ni vous ni moi ne savons quel degré d'hypnose vous est nécessaire. Mais je pense que votre inconscient sait mieux que tout autre quel degré d'hypnose vous est nécessaire pour parfaire des objectifs thérapeutiques ».*

III.4 Relation hypnothérapeute/patiente, profil du thérapeute :

Selon le tempérament du patient et ses attentes, GILL et BRENMAN, psychanalystes américains, ont décrit quatre attitudes adoptées par le thérapeute :

- une attitude d'autorité sans opposition possible et où la suggestion ne peut échouer.
- une approche plus sécurisante, maternelle, empreinte de tendresse et de sympathie.
- une attitude rationnelle, expliquant les phases du rituel hypnotique.
- une attitude passive qui laisse ou fait croire au patient qu'il peut garder l'initiative.

L'hypnotiseur contemporain valorisera son patient, il reformulera le discours de son patient, lui donnera sa voix.

Il utilisera tout ce que le patient amène avec lui : sa façon de parler, de sentir, de s'émouvoir, d'orienter son attention à l'intérieur de lui même.

FERENCZI considère que dans la relation hypnotique, le thérapeute est passif et l'hypnotisé rejoue sur lui des mouvements affectifs apparus dans la première enfance (avant 5 ans), puis refoulé dans l'inconscient.

Le thérapeute acquiert par rapport au patient une importance dans la relation et dans son univers affectif qui modifie sa capacité à faire fonctionner son imaginaire à partir de mots seuls.

En accueillant le corps du patient, en le regardant, en exprimant le vécu de son propre corps, le thérapeute concrétise sa disponibilité.

Il passe constamment de lui à l'autre et de l'autre à lui, par la voix, la respiration la posture ou le contact.

III.5 Applications de l'hypnose :

III.5.1 Applications générales :

- **Stomatologie et chirurgie dentaire** : analgésie, bruxisme, acceptation de prothèses dentaires, diminution de l'angoisse.
- **Anesthésie** : pour diminuer l'anxiété préopératoire, pour effectuer certaines interventions locales sans recourir à l'anesthésie générale.
- **Pneumologie** : surtout pour l'asthme.
- **Dermatologie** : pour traiter eczéma, psoriasis, prurit et autres affections d'origine psychosomatique.
- **Sexologie** : contre les dysfonctionnements sexuels.
- **ORL** : acouphènes, vertiges, dysphonies (troubles de la voix), spasmes du larynx.
- **Neurologie** : pour traiter migraines, insomnies, tics, stress, anxiété, peur, phobies, agressivité, douleur.

- **Pour les brûlés** : la suggestion du froid bloque les réactions associées, permet une analgésie pendant les soins et évite de cumuler les anesthésies générales.
- **Psychiatrie** : névroses, troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie), alcoolisme, toxicomanie, phobies sociales, dépressions, névroses post-traumatiques.
- **Psychothérapie** : timidité, manque de confiance, préparation aux examens et concours, problèmes scolaires ou professionnels, problèmes relationnels dans le couple ou la famille.
- **Gastro-entérologie** : colites spasmodiques, troubles somatiques et fonctionnels digestifs, affections psychosomatiques.
- **Médecine du sport** : visualisation et anticipation de l'épreuve pour améliorer les performances.
- **Nutrition** : pour traiter l'obésité et la maigreur.
- **Douleurs chroniques** : toutes les douleurs durables, stigmatisées dans le corps du patient.

III.5.2 Utilisation de l'hypnose en obstétrique :

L'hypnose a de nombreuses applications en obstétrique, tant au cours de la grossesse qu'au moment de l'accouchement.

Tout d'abord elle a son utilité auprès des femmes qui ont subi un traumatisme lors d'une grossesse ou d'un accouchement précédent : imprégnées de cet événement elles mettent souvent énormément de temps avant de débiter une autre grossesse et lorsque c'est le cas, le traumatisme vient les « hanter ».

L'hypnose peut leur permettre dans ce cas de prendre du recul vis à vis de la situation précédente et d'appréhender plus positivement cette nouvelle grossesse.

L'hypnose peut également permettre aux femmes qui ne peuvent assumer leur corps enceint (à cause de la blessure narcissique que provoque les changements de leur corps) d'avoir une appréciation plus neutre de ses changements.

Elle peut permettre aux femmes hospitalisées de mieux gérer leur situation.

Enfin, nous nous attarderons plus particulièrement sur l'utilisation de l'hypnose en temps que psychoprophylaxie obstétricale, permettant à la femme de mettre son enfant au monde sans douleur désorganisatrice.

*« L'hypnose fournit au sujet, après apprentissage, la capacité de modifier les mécanismes d'amortissement émotionnel. L'intégration des informations nociceptives dans le champ de la conscience n'est pas totalement supprimé, mais leur traitement semble se trouver modifié. Elles sont perçues mais n'accompagnent pas la souffrance ».*¹⁰

Le but de cette préparation est de proposer aux femmes accouchant l'analgésie lors de cet évènement par l'apprentissage de l'hypnose.

¹⁰ HALFON, Yves.
L'utilisation de l'hypnose dans un service d'obstétrique.

Deuxième partie :
l'étude.

I Méthodologie et caractéristiques de l'étude

L'objectif de ce mémoire étant d'étudier l'hypnoalgésie pendant l'accouchement, j'ai recherché les établissements proposant la préparation à la naissance par l'hypnose.

A ma grande surprise, il n'y avait que le Centre Hospitalier du Belvédère à Mont Saint Aignan (76) et une sage-femme libérale, Madame Armelle TOUYAROT à Toulouse, qui dispensaient cet enseignement.

Je suis donc partie 2 semaines en stage au Centre Hospitalier du Belvédère (du 29 septembre 2003 au 11 octobre 2003).

Le Centre hospitalier du Belvédère a organisé son fonctionnement autour de 3 grands principes :

- le concept de sécurité est appliqué aussi bien sur le plan physique que psychoaffectif .
- la prise en charge de la mère et de l'enfant est faite de façon globale.
- La lutte contre la douleur physique ou psychique fait partie intégrante de la prise en charge.¹¹

C'est dans cet esprit qu'ont été mises en place les différents modes de préparation à la naissance tels que l'hypnose, l'haptonomie ou le chant prénatal mais aussi une unité kangourou pour les mères et leurs enfants nés entre 34 et 37 SA .

3261 accouchements ont eu lieu dans cette maternité de niveau II en 2002 (la maternité de niveau III la plus proche étant le CHU de Rouen). Soixante huit pour cent des accouchements ont lieu sous analgésie péridurale.

Après avoir assisté aux différentes séances de préparation à la naissance par l'hypnose, effectué les exercices avec les patientes et m'être entretenue avec M. HALFON, psychologue et animateur des séances de préparation par l'hypnose au Belvédère, j'ai pu mettre à la disposition de Madame Pascale VARIN, surveillante du service de Secteur Mère Enfant 50 questionnaires (cf. annexe 1). Celle-ci les a distribué aux patientes jusqu'au 27 janvier 2004 et 33 de ces questionnaires me sont revenus.

¹¹ www.ch-belvedere.fr

Le Centre Hospitalier du Belvédère propose différents types de préparation à la naissance : la préparation par l'hypnose, le chant prénatal, la gymnastique, la préparation à la naissance classique, l'haptonomie , les cours en piscine et les rencontres allaitement.

Les patientes sont libres de choisir une ou plusieurs sortes de préparation à la naissance et leur répartition est représentée sur le diagramme ci-dessous (les pourcentages sont calculés par rapport au nombre total de séances dans les différentes disciplines, les valeurs m'ayant été données par le secrétariat de préparation à la naissance du Belvédère) :

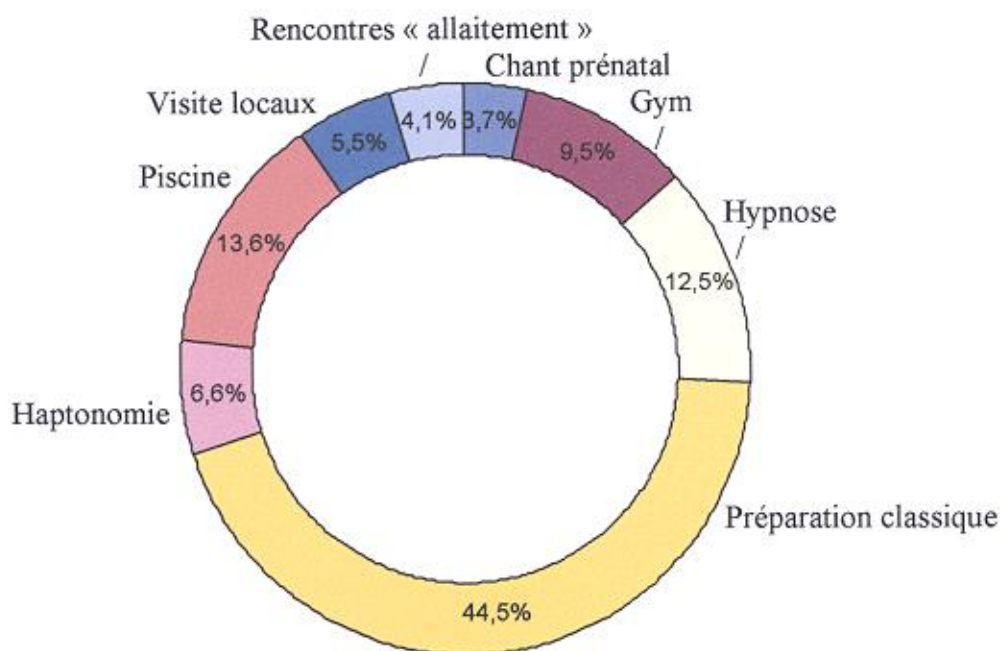


Figure 3: Répartition des femmes en cours de préparation à la naissance.

Lors de leur séjour en post-partum, les questionnaires ont été distribués aux mères ayant accouché par voie basse et qui avaient suivi la préparation à la naissance par hypnose.

Le suivi d'autres préparations à la naissance durant cette grossesse n'a pas été pris en compte dans la distribution des questionnaires.

Les femmes ayant suivi la préparation à la naissance par l'hypnose ne représentent que 12,5 % des accouchées du Belvédère. L'effectif de 33 patientes représente 12% des femmes ayant suivi la préparation à la naissance par l'hypnose sur une année. On peut considérer que cet échantillon est représentatif de la population étudiée .

Les objectifs de cette étude sont de déterminer les critères de réussite de l'analgésie par l'hypnose en Salle des naissances, son efficacité et de définir son utilisation optimale durant le travail et l'accouchement.

II Description de la préparation suivie

La préparation par l'hypnose est dispensée par M.Yves HALFON, psychologue au Centre Hospitalier du Belvédère. Parallèlement à cette activité, il s'occupe également des femmes ayant besoin d'un soutien psychologique lors de leur grossesse (hospitalisées ou non), du post partum et des couples recourant à la procréation médicalement assistée.

Les séances de préparation sont collectives, par groupes d'une petite dizaine de patientes, pouvant être accompagnées de leur conjoint.

Les cours sont au nombre de 3 et se déroulent lors du dernier trimestre de la grossesse.

Les femmes y sont en général assidues.

Peu de séances suffisent à l'apprentissage de l'état hypnotique puis à la mise en place d'un projet d'indolorisation chez la femme. De plus, Milton ERICKSON, psychiatre et père de l'hypnose contemporaine, affirme qu'il n'est pas nécessaire aux patients d'avoir beaucoup de technique si le thérapeute est prêt à utiliser leur attention.

II.1 Buts recherchés de cette méthode en matière d'analgésie :

La femme enceinte est sujette à des modifications à la fois psychologiques et physiologiques. Ces deux composantes étant indissociables, les pensées et l'imagination modifient la physiologie et réciproquement.

On peut alors comprendre pourquoi des représentations, des peurs, des fantasmes ou des apprentissages tels que l'hypnose peuvent bouleverser la grossesse et l'accouchement.

Utiliser l'hypnose comme méthode psychoprophylactique peut permettre à la femme d'accoucher sans douleur désorganisatrice.

Par un travail de suggestion post-hypnotique, la femme va réussir à vaincre lors de son accouchement l'angoisse génératrice de douleur.

De surcroît, la grossesse est une période d'intense plasticité émotionnelle pour la femme. Il est donc très important qu'elle n'emmagasine pas de fantasmes effrayants concernant l'accouchement et sa prise en charge psychologique est donc impérative au moindre signe d'alerte.

La préparation vise à amener la femme à une certaine autonomie au cours de son accouchement et il est recommandé qu'elle s'entraîne aux exercices en dehors des séances de groupe.

Durant le travail, une analgésie est obtenue par la patiente elle-même, si elle a été préparée à l'autohypnose pendant sa grossesse. Si l'hypnotiseur est présent lors d'un accouchement où la douleur est désorganisatrice, il peut induire un état hypnotique chez une femme n'ayant bénéficié d'aucune formation.

L'hypnoanalgésie ne contraint à aucune surveillance particulière pendant le travail et est sans danger pour la mère et l'enfant à naître.

N'étant pas accablée par la douleur, les efforts épuisants ou l'énervement, elle peut être concentrée sur l'arrivée de son enfant.

Du fait de son bien-être physique pendant le travail, la parturiente peut d'autant plus canaliser son énergie pour faire naître son enfant.

II.2 Contenu de la première séance :

La première séance commence par la présentation de chaque patiente.

Après avoir décrit globalement un accouchement (résumé en 2 phases : une première où l'utérus « travaille tout seul » et où la patiente n'a qu'à se protéger contre sa toute puissance et une deuxième où elle agit lors des poussées expulsives), le psychologue décrit les différents moyens d'aide contre les désagréments provoqués par la contraction utérine : la capacité à s'échapper, la présence de la sage-femme, les anesthésistes, l'analgésie péridurale...

Le groupe commence alors une série d'exercices.

➤ Premier exercice : trouver son havre de paix :

Les patientes s'installent confortablement, ferment les yeux et ont pour consigne de se construire un havre de paix, lieu où elles sont totalement détendues, heureuses, puis de se visualiser prenant soin d'elles, leur bébé endormi dans une pièce à côté. Ensuite, elles doivent repenser à leur accouchement.

Les paragraphes qui suivent sont la retranscription exacte des paroles de l'animateur des séances.

- Focalisation de l' attention sur la respiration du corps :

« Prenez une position confortable...Prenez conscience de votre corps...De sa position...Prenez conscience de votre utérus...Ayez un clin d'œil affectif vers votre enfant...Et puis de vous laisser bercer agréablement par votre respiration...Un bercement tranquille...Une respiration tout à fait tranquille...De rechercher presque une forme de somnolence...Ne pas être tout à fait éveillée...Et puis de vous intéresser à la partie haute de votre corps...Votre visage...Et de bien percevoir les mouvements de l'air au niveau de votre nez...D'être tout à fait attentive aux mouvements de l'air ».

- Construction du havre de paix :

« Et puis de proposer à votre esprit un havre de paix...un espace de confort...En utilisant votre mémoire...Cette dernière peut vous proposer un souvenir d'enfance...de bien être, de plaisir...De vous créer un havre de paix où votre esprit peut se reposer...Se protéger...Votre mémoire peut vous donner des images précises...Des sons, des odeurs liées à ce souvenir...C est vraiment un bon moment... Un lieu qui vous permettra de vous ressourcer quand vous en aurez besoin...Sensations tactiles : texture d'un tissu, bonnes sensations tactiles...Cela peut être également des sensations de mouvement ou d'immobilité, selon votre souvenir...Et surtout des sensations de plaisir...Laissez votre corps ici...C'est un bon moment que vous allez utiliser...Imaginez bien ce havre de paix...Ma voix vous accompagne...Laissez vous aller...Etre ailleurs, être ailleurs, être un peu là. et surtout ailleurs... »

- Suggestion hypnotique de contentement en post natal :

« Vous allez construire un souvenir du futur comme le dit le lapin à la petite Alice...Imaginez vous après votre accouchement...Votre enfant est dans son berceau, à côté de vous, repu de tendresse et de lait...Et vous profitez de son sommeil pour vous occuper de vous, et c'est très important de s'occuper de soi ...Vous êtes bien dans ce que vous faites...Anticipez ce plaisir et à un moment donné des pensées vous viennent de votre accouchement...Vous souriez car tout s'est bien passé...L'enfant est dans son berceau, endormi, pendant ce temps vous vous occupez de vous... Et c'est bien...Et

puis tranquillement vous . revenez dans votre havre de paix...Votre mémoire mobilise bien ce tremplin qui vous permet de vous mettre à l'abri...»

- Retour à un état de conscience plus habituel :

« Et puis vous reprenez conscience des appuis de votre corps...Et puis quand vous êtes prêtes, à votre rythme, vous ouvrez les yeux, vous vous étirez, vous vous asseyez à votre rythme ».

- **Deuxième exercice : fixation de l'attention sur un objet ou esprit totalement ailleurs et indolorisation de la cuisse :**

Le psychologue explique aux femmes qu'il existe deux façons de s'échapper de la réalité : soit en étant hyper concentrée sur un objet (proscrire en Salle de Naissance le monitoring ou l'horloge !) soit en étant ailleurs, entre la somnolence et la rêverie.

Il effectue l'exercice suivant : il leur pince fortement l'intérieur de la cuisse, puis leur demande soit de se concentrer sur un objet de la pièce soit de se laisser aller à la rêverie et tout en les prévenant, leur repince l'intérieur de la cuisse tout aussi fortement.

Il leur demande alors ce qu'elles ont ressenti : à l'avis général, elles ont eu beaucoup moins mal, voire aucune douleur.

J'ai moi même effectué cet exercice et n'ai ressenti aucune douleur lors du deuxième pincement de cuisse.

II.3 Contenu de la deuxième séance :

- **Premier exercice : apprentissage de l'analgésie hypnotique :**

- Retour à un état hypnotique par fixation de l'attention :

« Votre corps retrouve une position suffisamment confortable... Votre esprit peut être attentif quelques instants à votre utérus mais surtout à votre bébé... Puis tranquillement, votre corps retrouve les sensations de calme et de dissociation de la séance précédente : cet état de conscience où vous êtes ici et là-bas, absente et

présente... pour travailler l'anesthésie....Pendant ce temps votre corps continue à se détendre profondément et à chaque respiration encore plus profondément.. »

- Retour de l'analgésie de la cuisse droite :

« Maintenant, votre corps retrouve l'analgésie de la cuisse droite... Cette cuisse redevient insensible comme il y a 15 jours... Votre esprit peut être concentré sur le souvenir agréable ou ne penser à rien ou autre chose, pour s'éloigner de votre corps, pour laisser faire votre corps.. »

- Analgésie de la zone utérine :

« De la même façon, maintenant votre utérus devient insensible... Il s'anesthésie pendant quelques instants, anesthésie aussi du col de l'utérus, du bas du dos, du bas du ventre, du périnée... Une anesthésie en profondeur... Tous les muscles, les ligaments sont aussi anesthésiés... Dans l'état de relaxation profonde dans lequel votre corps se trouve, il peut sans difficulté contrôler et insensibiliser cette région... Votre corps s'insensibilise... tout en respectant le fonctionnement physiologique habituel... »

- Suggestions post-hypnotiques pour l'accouchement :

« Pendant l'accouchement, toute cette partie de votre corps peut être anesthésiée : les seules sensations qui parviennent à votre cerveau sont atténuées, lointaines... Les contractions musculaires de votre utérus sont efficaces pour la naissance de votre enfant... mais ressenties comme des contractions musculaires, intenses mais musculaires... un muscle qui travaille... Les excitations les plus fortes sont perçues comme venant de loin... vous n'éprouvez pas ou peu de sensations désagréables...Et vous appréciez les moments de repos entre chaque contraction qui sont bienvenus... Vous sentez aussi la descente de l'enfant, qui annonce bientôt la fin de l'accouchement... Tout ceci se fait dans le calme et la confiance quelques soient vos craintes pendant la grossesse... Cette insensibilité se produit au moment où vous arrivez à la maternité, où la sage-femme constate le début de votre accouchement... Et elle se poursuit le temps de l'accouchement et plus... Pour vous permettre d'accueillir votre enfant dans de bonnes conditions... »

- Retour à un état de conscience plus habituel :

« Maintenant après une respiration profonde, vous revenez doucement... Dans votre corps ici, dans cette pièce... »

➤ **Deuxième exercice : travail sur l'accouchement :**

- Retour à un état hypnotique :

« Votre corps retrouve une position confortable comme tout à l'heure... Et tranquillement vos yeux se ferment, et bercé par votre respiration, votre corps se détend profondément pour trouver une certaine somnolence... »

- Anticipation de l'accouchement :

« Ensemble, nous avons parlé de l'accouchement... mais vous ne savez pas quelle expérience corporelle, affective, vous allez avoir... C'est pour cela que votre esprit peut proposer à votre corps ce message : quelles que soient les contractions utérines... Le mode d'accouchement, s'il est spontané, provoqué ou autre... Quels que soient le lieu, les gens qui vous entourent... Tout se passe bien et vous êtes agréablement surprise... »

- Amnésie sélective et contentement interne en postnatal :

« Vous avez accouché, votre enfant est sur votre corps, ou à côté de vous... Peut-être que vous appréciez beaucoup ces premiers contacts... D'ailleurs, imaginez-vous après votre accouchement, contente de vous, ne retenant pour votre devenir, tout ce qui est paru important, constructif dans cet accouchement... Revenez à une image agréable... A un souvenir ressource... Appréciez le pendant quelques instants encore... L'apprentissage continue de se faire... »

- Retour à un état de conscience plus habituel :

« Maintenant après une respiration profonde, vous revenez doucement... dans votre corps ici, dans cette pièce... ».

➤ **Troisième exercice : respiration de l'enfantement :**

« A la prochaine contraction vous aiderez votre enfant à naître...Expirez...Inspirez profondément...Et soufflez en poussant votre ventre vers l'extérieur....Sssssssssss...La contraction s'est arrêtée...On attend quelques instants...Sssssssss... ».

II.4 Contenu de la troisième séance :

➤ **Premier exercice : reprogrammation de l'accouchement :**

- Retour à un état hypnotique :

« Vous aller prendre une position confortable... Tout à fait tranquillement...Vous avez une respiration profonde...Synonyme de tranquillité...Quand on est stressée on a une respiration courte et haletante.... »

- Anticipation de l'accouchement :

« Même pendant votre accouchement vous vous concentrez sur la partie haute de votre corps... Comme si la partie basse de votre corps était sous la responsabilité de votre utérus...Il ouvre son col de 1 jusqu'à 10 cm...Et pendant qu'il fait son travail vous vous occupez de votre respiration...Vous vous mettez à l'abri pour vous détacher...Pour oublier ces sensations désagréables...Vous renforcez ...Ou vous créez un havre de paix...Un lieu où vous êtes très très bien...De bien retrouver les images, les sons, les odeurs, les sensations tactiles...Les sensations de mouvement ou d'immobilité...Pour vous protéger...Pour être bien...Souvenir ressource...Utilisé comme un abri...Comme une protection...Et puis tranquillement vous allez encore plus loin à l'intérieur de vous même...Vous vous laissez dériver dans une somnolence où vous n'êtes plus tout à fait ici...Ailleurs au milieu d'un nul part confortable...Cette capacité d'être ailleurs, qu'on a spontanément enfant...D'être dans la lune... Rêveuse...On peut penser que vous puissiez l'utiliser pendant que l'utérus se contracte...Se détend...Se contracte...Se détend...Pendant que le bas du corps travaille...Grâce à ses contractions l'utérus efface le col et l'ouvre centimètre par centimètre jusqu'à dilatation complète...Jusqu'à ce que

la sage-femme vous autorise par un geste respiratoire à sortir le bébé...C'est au moment de l'enfantement que vous devenez active...Avant vous le laissez faire...Et puis d'imaginer qu'on pose l'enfant sur votre poitrine...Des moments où vous êtes pleinement dans votre corps...Et pendant que vous faites ce travail la partie basse continue encore quelques contractions...Pendant ce temps la sage-femme fait quelques gestes cliniques...Et pendant 2 heures on vous laisse tranquille pour faire connaissance avec votre bébé... »

- Suggestion hypnotique de contentement en post natal :

« Et puis vous vous imaginez chez vous pendant le sommeil de votre bébé....Repu de tendresse...A vous occuper de vous quelques minutes...Quelques dizaines de minutes...Ensuite vous vous laissez flotter entre veille et sommeil...Je vais être silencieux pendant quelques minutes pour vous laissez vous reposer... »

- Retour à un état de conscience plus habituel :

« Et puis tout à fait tranquillement ...A votre rythme vous allez revenir ici...Prendre conscience des appuis de votre corps...Vous étirer ...Tranquillement... »

- **Deuxième exercice : respiration de l'enfantement (cf. deuxième séance)**
- **Troisième exercice : mise à l'abri pendant les moments de repos :**

Le psychologue insiste sur le fait qu'il faut profiter des moments de répit entre les contractions pour se reposer.

« Vous allez vous concentrer sur votre respiration...Décentrez le cerveau de l'utérus...Se concentrer sur le visage, sur l'air ...Respirez profondément...Profitez de l'expiration pour vous éloigner de votre corps...N'hésitez pas à expirer par la bouche...Inspirez, retenez l'air quelques instants et soufflez...En même temps ça vous permet d'avoir l'esprit un peu ailleurs...Puis vous revenez dans votre corps et vous reprenez votre respiration normale »

III Résultats de l'étude

III.1 Population concernée par l'étude :

➤ **Age des patientes :**

La moyenne d'âge des femmes ayant répondu au questionnaire est de 30,18 ans.

➤ **Nationalité :**

32 patientes sont de nationalité française, une est allemande.

➤ **Religion :**

25 patientes sont de religion catholique, 1 est protestante, 7 se déclarent sans religion.

➤ **Situation familiale :**

36,4% des patientes vivent en couple, 63,6% sont mariées.

➤ **Niveau d'étude :**

La Centre Hospitalier du Belvédère accueille une population variée, de tous niveaux socioculturels. Parmi les patientes incluses dans l'étude, 75,7% avaient fait des études supérieures, 18,2% avaient fait des études techniques et 6,1% avaient arrêté leurs études au lycée.

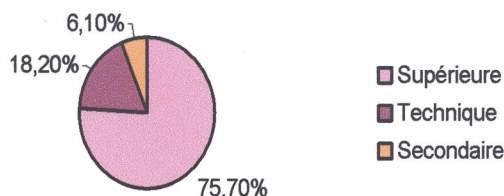


Figure 4: Niveau d'étude des patientes.

On remarque que la majorité des patientes a fait des études supérieures. Ces femmes, ayant d'avantage de responsabilités, ont sans doute l'habitude de s'investir dans un projet et de gérer des situations difficiles.

Nous pouvons supposer qu'elles ont élaboré un projet d'accouchement plus précis et qu'à travers l'hypnose, elles veulent expérimenter une méthode moins conventionnelle afin de multiplier les expériences et d'avoir le maximum de moyens à mettre en œuvre le jour de l'accouchement.

➤ **Parité :**

Parmi celles-ci nous avons 13 primipares, 18 deuxième pares, 1 troisième pare et 1 quatrième pare.

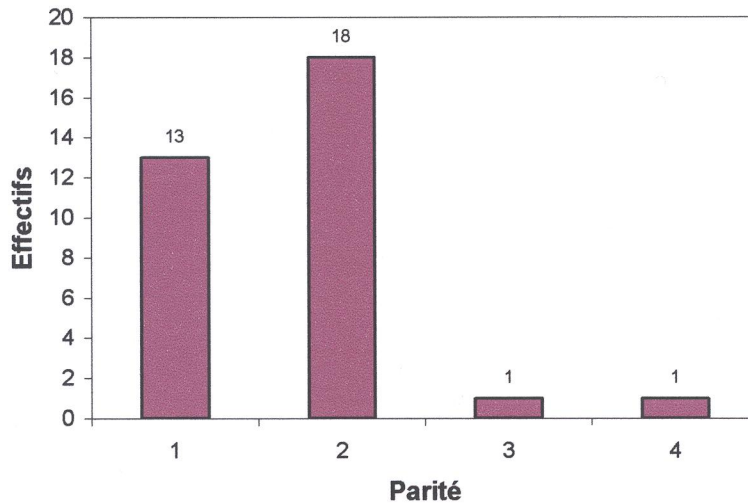


Figure 5: Répartition des femmes selon la parité.

On peut noter que la plupart des patientes avaient déjà accouché. En effet les primipares se tournent plus volontiers vers une préparation à la naissance classique : cette préparation a pour objectif principal de les informer du déroulement de la grossesse, de l'accouchement, et des suites de couches. La part dévolue aux interrogations des femmes y est plus développée.

➤ **Terme de l'accouchement :**

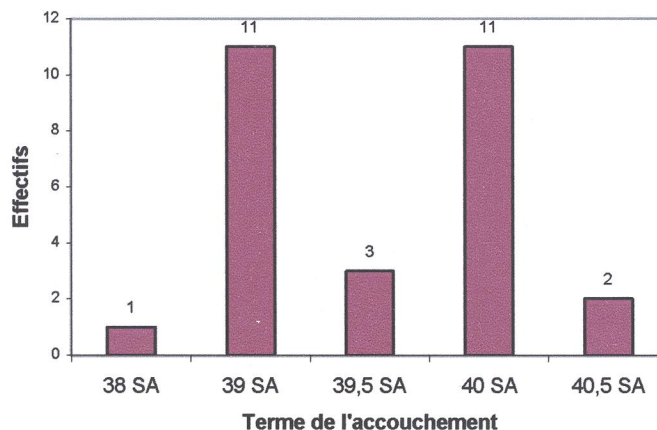


Figure 6: Terme de l'accouchement.

La totalité des patientes a accouché « à terme ».

III.2 Choix de la préparation à la naissance par l'hypnose:

➤ **Motifs de ce choix**

100% des patientes ont connu cette préparation par la plaquette de la maternité.

Une seule, infirmière de profession, avait entendu parler auparavant de l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur.

Seules trois (9,1 %) d'entre elles avaient des appréhensions vis à vis de l'hypnose, la seule formulée étant la peur de ne pas être réceptive.

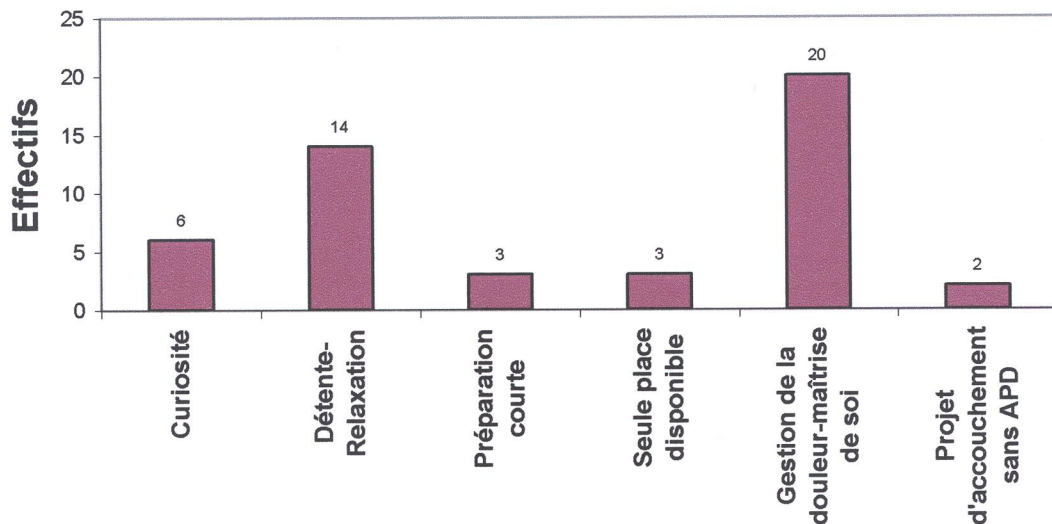


Figure 7: Motivations pour le choix de cette préparation.

Deux thèmes prédominent dans ces motivations : le désir de détente et de relaxation en cette fin de grossesse (la préparation se déroule au troisième trimestre) et le souhait de pouvoir lutter contre la douleur et rester maître de soi même lors de l'accouchement.

A ce stade des résultats, nous avons partagé la population en 2 groupes : un groupe 1 comprenant les femmes ayant eu recours à l'analgésie péridurale (25 patientes) et un groupe 2 comprenant les femmes (8 patientes) qui n'en ont pas bénéficié.

En effet, l'intensité de la douleur étant diminuée, voire supprimée, par l'analgésie péridurale, leurs perceptions sont modifiées.

Nous n'avons pas dissocié les primipares des multipares dans ces deux groupes.

➤ **Autres préparations suivies parallèlement :**

Dans le groupe 1, 52 % des patientes ne suivaient que la préparation par l'hypnose, 8 % faisaient également de l'haptonomie, 8% suivaient aussi une préparation classique et 20 % suivaient la préparation en piscine.

Dans le groupe 2, 62,5% des patientes ne faisaient que de l'hypnose, 25 % allaient à la préparation classique, 12,5% à la piscine et 12,5% faisaient du chant prénatal.

La multiplication des préparations suivies témoigne de l'envie de connaître le plus de moyens possibles de bien vivre son accouchement.

III.3 Situations antérieures

➤ **Pour les multipares, préparations suivies aux accouchements précédents :**

Dans le groupe 1, 86,7% avaient déjà suivi une préparation classique pour leur premier accouchement, 20 % avaient déjà suivi une préparation par l'haptonomie¹², 6,7% avaient suivi une préparation en piscine et 6,7% avaient déjà suivi la préparation par l'hypnose.

Dans le groupe 2, 20% des patientes avaient déjà suivi une préparation classique, 20% avaient suivi une préparation en piscine et 80% avaient déjà suivi une préparation à base de relaxation-sophrologie. Cette préparation peut s'apparenter à la préparation par l'hypnose mais les techniques employées y sont différentes.¹³

➤ **Accouchements précédents sous analgésie péridurale (APD) :**

La totalité des multipares du groupe 1 avaient déjà accouché sous APD, alors que c'était le cas de seulement 40% des multipares du groupe 2.

¹² Méthode de communication avec le fœtus par le toucher à travers la paroi du ventre de la mère visant à accompagner la maturation de la relation affective entre la père, la mère et le futur enfant.

¹³ Les totaux des pourcentages sont supérieurs à 100 car les patientes peuvent suivre plusieurs préparations simultanément.

III.4 Facteurs modifiant l'intensité de la douleur ressentie :

➤ **Sensibilité à la douleur :**

57,5% des patientes ont déclaré être sensibles à la douleur.

➤ **Evènements pouvant intensifier la douleur :**

Nous avons relevé les évènements connus pour intensifier la douleur qu'ont subi les femmes des deux groupes.

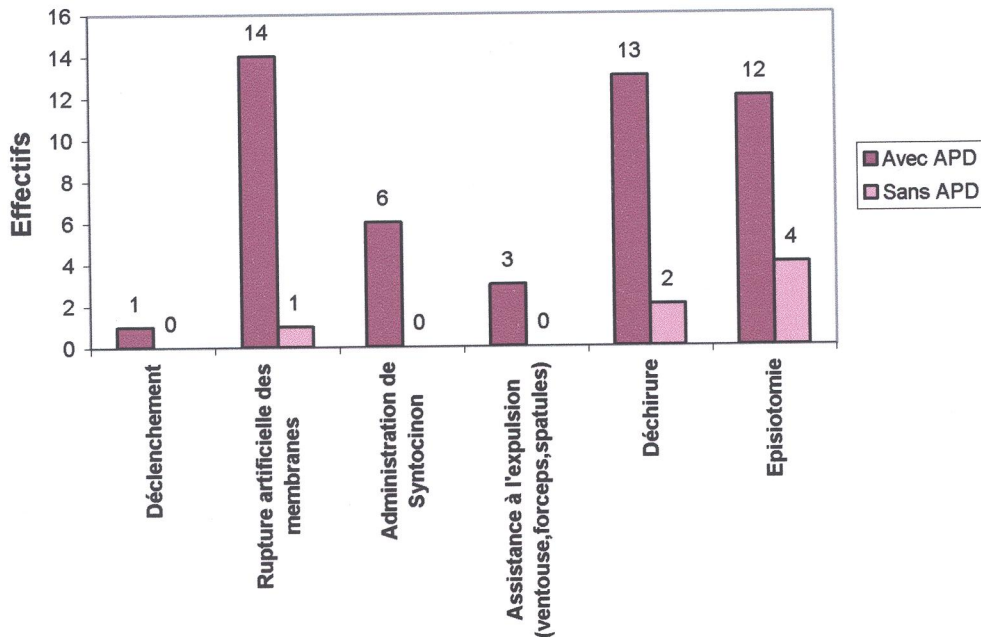


Figure 8: Evènements pouvant intensifier la douleur.

On remarque que le groupe 1 a été plus exposé aux évènements pouvant augmenter la douleur ressentie que le groupe 2. Il est difficile d'en déduire que c'est ce qui a aidé les femmes du groupe 2 à accoucher sans analgésie péridurale, car en général la population des 2 groupes n'avait pas le même projet d'accouchement.

En effet les femmes du groupe 2 projetaient plutôt d'accoucher sans analgésie péridurale contrairement à celles du groupe 1.

➤ **Durée du travail :**

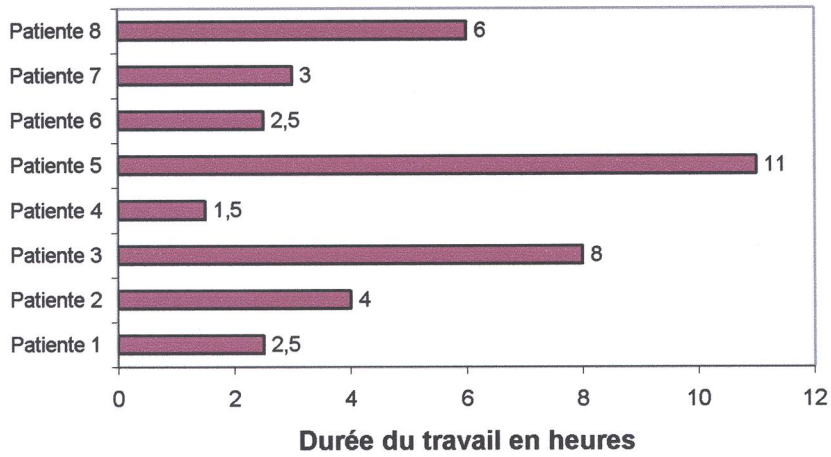


Figure 9: Durée du travail des femmes du groupe 2.

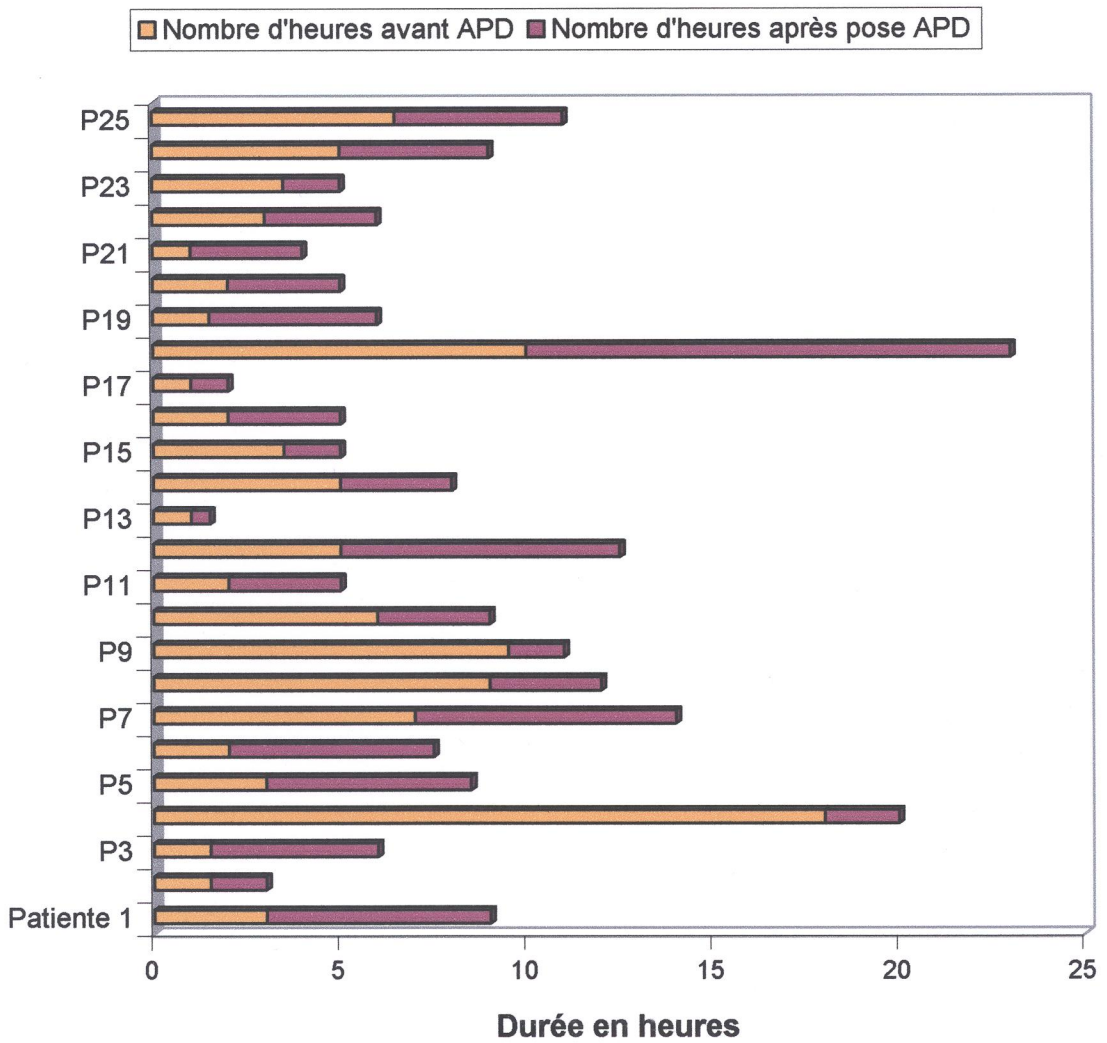


Figure 10: Durée du travail des femmes du groupe 1.

Sur la figure 10, la longueur des barres représente la durée totale du travail.

La durée moyenne du travail des femmes du groupe 2 est de 5 h, alors que celle des femmes du groupe 1 est de 7 h 45. Celles-ci ont bénéficié d'une analgésie péridurale au bout d'un temps moyen de 5 h.

Comme nous le verrons ci-après, l'allongement du travail fait partie des facteurs de demande d'analgésie péridurale.

III.5 Réactions vis à vis de la douleur

➤ Intensité de la douleur ressentie pendant les différentes phases de l'accouchement :

Le niveau 0 correspond à l'absence de douleur et le niveau 10 à la douleur maximale imaginable (EVA).

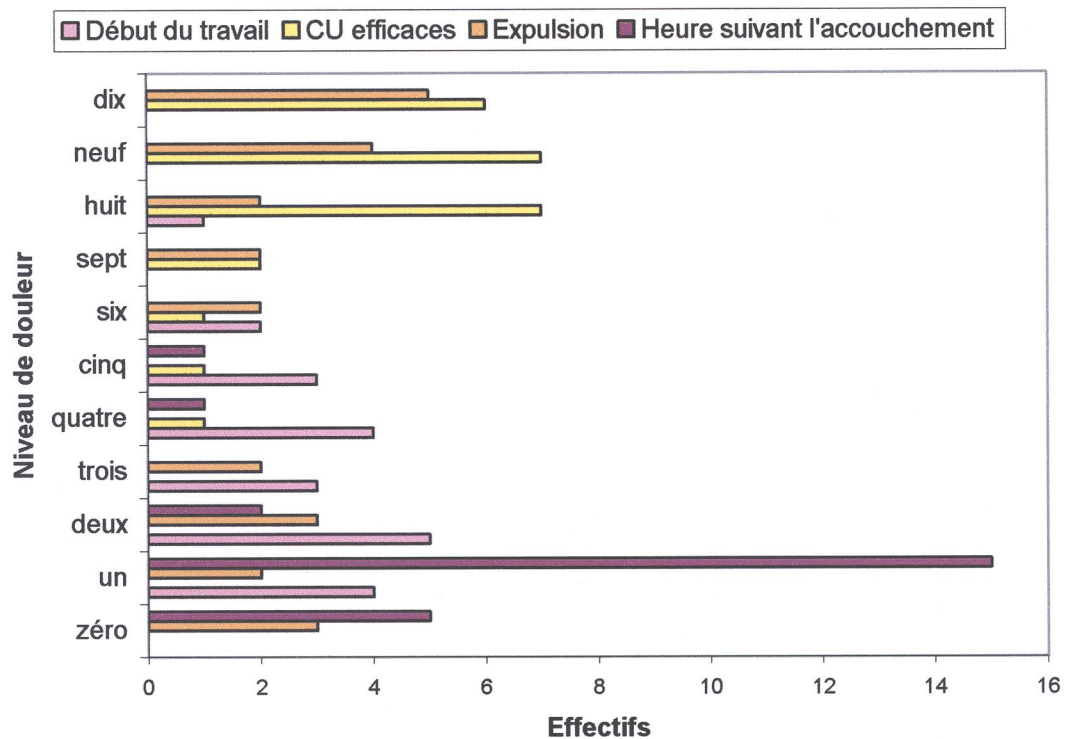


Figure 11: Niveaux de douleur des différentes phases du travail pour le groupe 1.

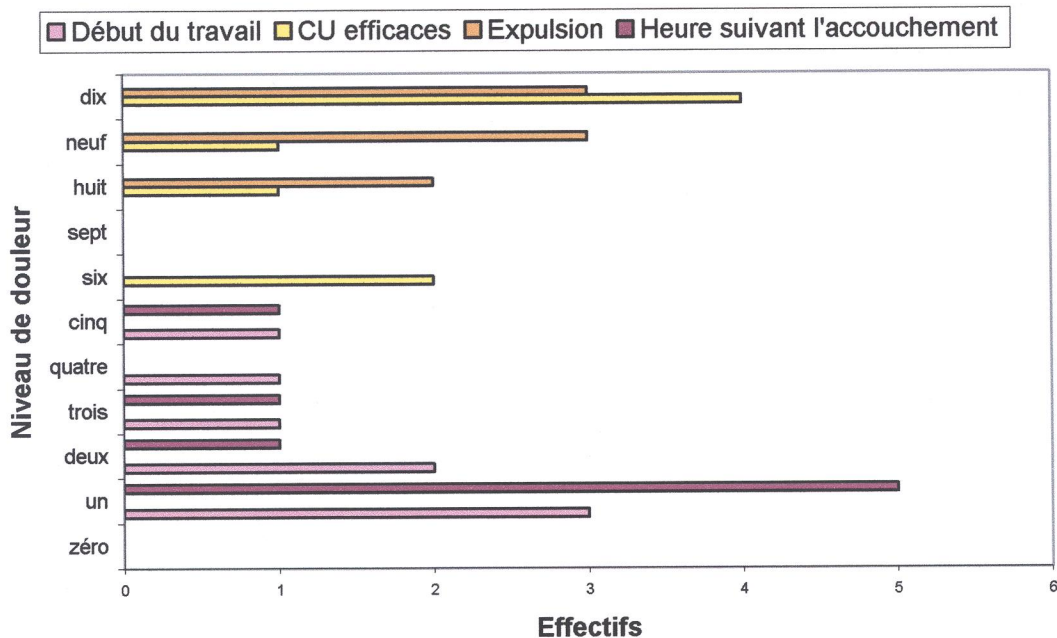


Figure 12: Niveaux de douleur des différentes phases du travail pour le groupe 2.

On peut noter que la perception de la douleur des différentes phases est très variable d'une patiente à l'autre.

Pour les femmes du groupe 1, le niveau de douleur du début du travail se situe entre 1 et 8, celui des contractions efficaces est entre 4 et 10, celui de l'expulsion entre 0 et 10 et celui de l'heure suivant l'accouchement entre 0 et 5.

L'analgésie péridurale étant mise en place durant la phase de contractions efficaces, elles sont soulagées durant cette période et pour l'expulsion. Toutefois, les analgésiques étant administrés de façon à ce que la femme soit active durant l'expulsion, les sensations douloureuses peuvent y être tout de même importantes.

Pour le groupe 2, on situe la douleur du début du travail entre 1 et 5, celle des contractions efficaces entre 6 et 10, celle de l'expulsion entre 8 et 10 avec une majorité à 10 et celle de l'heure suivant l'accouchement entre 1 et 5 avec une prédominance à 1.

On remarque que les phases 2 et 3 correspondent à une douleur vraiment très importante.

➤ **Motivations de la demande d'une APD :**

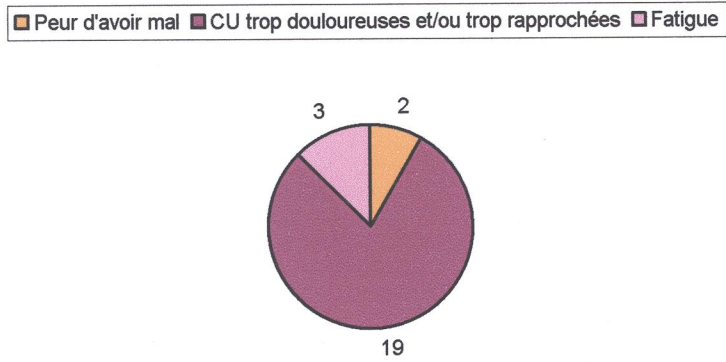


Figure 13

La majorité des patientes a demandé une analgésie péridurale car la douleur était devenue insupportable. A ce stade, l'hypnose est insuffisante pour gérer leur douleur.

III.6 Aide procurée par l'hypnose :

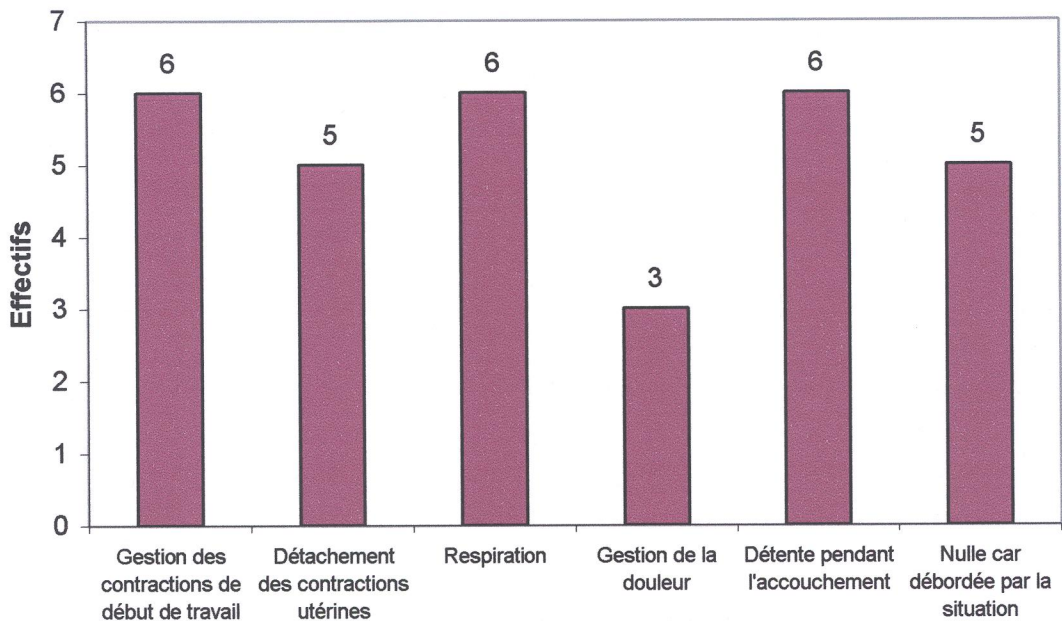


Figure 14: Apport de l'hypnose

Manifestement, l'hypnose est une aide précieuse durant l'accouchement : elle permet une plus grande détente, une gestion de la douleur, la fixation de l'attention sur autre chose que les contractions douloureuses.

Toutefois, cette technique demandant de la concentration, une fois un certain seuil de douleur dépassé, elle s'avère difficile à utiliser.

L'utilisation conjointe, en dehors d'un projet d'accouchement « naturel », de l'hypnose pour le début du travail et de la péridurale lorsque les contractions deviennent insupportable paraît être une solution optimale.

La majorité des femmes juge que le nombre de séances de préparation est insuffisant pour pouvoir maîtriser cette technique. Il faudrait peut être augmenter le nombre de séances d'entraînement.

De plus, certaines regrettent l'absence de praticiens formés à l'hypnose en salle de naissance : devant la difficulté à maintenir l'état hypnotique d'un bout à l'autre de l'accouchement, il serait intéressant de former des sages-femmes volontaires pour permettre d'hypnotiser ou de soutenir l'état hypnotique à tout moment malgré quelques problèmes organisationnels à résoudre.

III.7 Sentiments vis à vis de l'accouchement a posteriori:

Les impressions sont globalement positives.

Les mères, même si la douleur a été très intense, passent outre et ne retiennent que le bonheur d'avoir leur bébé près d'elles.

Certaines ont été prises de panique, d'autres ont utilisé des méthodes apprises en cours pour gérer pas à pas les contractions utérines douloureuses, avant de demander une analgésie péridurale ou non.

L'évocation de la douleur est constante et le soulagement provoqué par l'analgésie péridurale souvent rapporté, ainsi que le plaisir d'avoir pu gérer au mieux cet événement.

L'intégralité de leurs témoignages est restitué en annexe 2.

Troisième partie :
analyse des résultats
et réflexions.

I Analyse des résultats

Les résultats de l'étude nous permettent de définir la personnalité des femmes qui s'adressent à la préparation à la naissance par l'hypnose, leurs attentes et comment cette préparation les a aidé lors de l'enfantement.

Les trois quart des patientes ont fait des études supérieures et la majorité avait déjà accouché. Ayant déjà vécu une naissance, elles connaissaient préalablement leurs réactions face à l'accouchement. Du fait de leur formation, on peut penser que c'est une ouverture d'esprit, une curiosité plus importante et une volonté d'avoir le maximum de moyens à leur disposition pour faire face à cet événement qui les a poussé à choisir une préparation « non conformiste ». La multiplication des préparations suivies précédemment confirme cela.

Leurs attentes principales, c'est à dire la gestion de la douleur, la maîtrise de soi et une plus grande détente lors du travail témoignent du besoin de vouloir contrôler au maximum le déroulement de la naissance de leur enfant. Celles qui avaient choisi cette préparation avec un projet d'accouchement « naturel » recherchaient un nouveau moyen de lutte contre la douleur.

Bien que seulement 57,5% de patientes se soient déclarées sensibles à la douleur avant l'accouchement, 75,6% d'entre elles ont bénéficié d'une analgésie péridurale et ce pour trois raisons : la peur d'avoir mal, la fatigue et des contractions trop douloureuses et trop rapprochées. La durée moyenne du travail des femmes du groupe 1 a été de 7 h 45 avec une pose d'APD au bout de 5 h, la durée moyenne du travail des femmes du groupe 2 a été de 5 h. Les patientes du groupe 1 situent le niveau de douleur de la phase de contractions efficaces entre 4 et 10, celui de l'expulsion entre 0 et 10. Les patientes du groupe 2 situent le niveau de douleur de la phase de contractions efficaces entre 6 et 10, celui de la phase d'expulsion entre 8 et 10, avec une prédominance à 10.

Parallèlement à cela , les femmes nous ont dit que l'hypnose les a aidées à être plus décontractées, qu'elles ont pu utiliser les exercices respiratoires appris en cours, qu'elles ont pu se détacher de la douleur et des contractions pour se ménager des moments de calme, et que la méthode les a aidées à gérer la douleur des contractions de début de travail.

On peut en conclure que l'hypnose est une bonne méthode à utiliser lorsque le niveau de douleur n'est pas très élevé. Elle est d'une grande utilité lors du début de travail, pour les faux débuts de travail ou chez des femmes très motivées pour accoucher sans analgésie péridurale. Après un certain stade, lorsque les contractions deviennent trop douloureuses, trop rapprochées et que la femme ne peut plus atteindre le niveau de concentration nécessaire pour se mettre en état hypnotique, il devient intéressant de pouvoir la coupler avec une analgésie péridurale. La complémentarité de ces deux méthodes permet de gérer la douleur de l'intégralité du travail.

Lorsque l'on utilise l'analgésie péridurale seule, la période précédant sa pose peut être très inconfortable pour la femme. De plus, pour des raisons organisationnelles (disponibilité des anesthésistes), d'avancée du travail (un tout début de travail peut durer plusieurs heures chez une primipare et les contractions utérines peuvent y être très douloureuses pour une avancée du travail extrêmement lent), ou de réceptivité à l'APD (quelques femmes peu soulagées ou prise sur un hémicorps...), la femme peut attendre longtemps avant d'être soulagée. Ce sont autant de situations péjoratives pour celles-ci.

Dans ces circonstances où nous ne disposons pas d'un large choix thérapeutique, l'hypnose représente une alliée de choix, nécessitant peu de moyens mais requérant un personnel formé et entraîné.

De surcroît, on peut utiliser l'hypnose sous forme extemporanée, c'est à dire que le soignant induit une transe hypnotique chez une patiente non entraînée au besoin lors du travail ou de l'accouchement.

II Réflexions

Nous avons étudié l'importance de la prise en charge de la douleur lors d'un accouchement et comment l'hypnose peut nous y aider. Parallèlement, il ressort de cette étude plusieurs éléments importants : les femmes durant leur accouchement désirent rester maîtresses d'elles mêmes, veulent pouvoir gérer leur souffrance, le déroulement du travail et cela dans un seul but : être actrices et non spectatrices de la naissance de leur enfant. Cela implique une nouvelle notion : le concept d'accouchement réussi. A partir de quel moment peut on dire qu'un accouchement est réussi ? Quels sont les facteurs de cette victoire ? Comment peut on les aider à atteindre ce résultat ? Qu'implique un sentiment d'échec ? Nous allons essayer de répondre à ces questions dans le chapitre qui suit.

II.1 Définition et critères de l'accouchement réussi :

La naissance d'un enfant est un événement chargé de significations profondes pour les parents et le groupe social. L'accouchement est un événement temporellement limité, défini biologiquement, est qui, selon BETTELHEIM¹⁴, est pour la femme une « expérience extrême ».

Comme nous l'avons vu précédemment, l'accouchement se définit aussi comme une expérience émotionnelle et physiologique très intense pour chaque femme, et qui peut atteindre une violence perçue comme déstructurante, désorganisatrice par la femme, même si pour le soignant tout se passe bien sur le plan obstétrical.

La mise au monde est un point de rupture entre l'enfant imaginaire de la grossesse et l'enfant réel, l'acte d'accoucher est un véritable passage, il est à la fois don, rupture et perte .

Le questionnement de la grossesse « suis-je capable », va être expérimenté par la mère au cours de l'accouchement. C'est la bonne conduite de celui-ci, selon ses modalités à elle, qui va le lui prouver.

Selon C. BERGERET-AMSELEK, « *l'accouchement contient en condensé pourrait-on dire, toute la maternalité¹⁵ qui se met en acte, qui se dramatise à travers le corps* ». ¹⁶

D'après M.H. de VALORS, « *être contente de soi quelles que soit les modalités de l'accouchement semble être le signe (surtout pour les accouchements naturels) que le passage psychique à l'état de mère a bien été fait et réussi, ce qui explique les discordances existant parfois entre notre analyse médicale et le ressenti maternel* ». ¹⁷

Il n'y a donc pas une recette magique d'accouchement réussi mais un accouchement réussi propre à chaque patiente. Cependant, on peut noter quelques idées directrices communes.

¹⁴ Bruno BETTELHEIM, professeur en éducation, psychologie et psychiatrie à l'université de Chicago.

¹⁵ Terme emprunté à P. RACAMIER, condensation de « maternel », « maternité » et « natalité ».

¹⁶ C. BERGERET-AMSELEK

Le mystère des mères.

Edition Desclée de Brouwer, 1998.

¹⁷ www.nposagesfemmes.org/rsf003_2.htm

II.1.1 Le projet d'accouchement :

Lors de sa grossesse, la future mère élabore consciemment ou inconsciemment un projet d'accouchement. Suite aux diverses préparations à la naissance, elle connaît généralement les différentes phases du travail, les diverses possibilités d'analgésie, les locaux... et imagine le déroulement de cet événement tout en se demandant si elle sera capable le jour J de faire face à cette situation.

Parallèlement, certains praticiens encouragent leurs patientes à établir ce plan par écrit (*Plan individuel déterminant où et avec l'aide de qui l'accouchement se déroulera, établi avec la femme pendant la grossesse, et communiqué au mari/partenaire et, le cas échéant, à la famille*. Recommandation OMS, cf. annexe 4).

Les problèmes apparaissent lorsqu'il y a rupture entre les projets et la réalité pour raison médicale ou organisationnelle : si la mère subit passivement ces événements imprévus, elle en ressentira de la culpabilité alors que si elle réussit à s'adapter, elle ressentira une force encore plus grande.

II.1.2 Valeur de la douleur de l'accouchement :

L'accouchement est parfois représenté comme une épreuve à surmonter : la maîtrise de la douleur nécessite un dépassement de soi et renforce la personnalité.

La plupart des religions (en particulier la religion catholique) donne un rôle positif à la douleur de l'enfantement, en insistant sur son importance pour devenir mère. Cette conception de la maternité fait partie intégrante de notre éducation, ce qui peut pousser certaines femmes à accoucher « naturellement ».

De nos jours, personne ne choisit de subir une intervention chirurgicale considérée comme douloureuse sans avoir recours à une analgésie. Les réactions diffèrent lorsqu'il s'agit de l'accouchement : une part non négligeable des futures mères exprime le besoin de ressentir leur accouchement sans analgésie péridurale, et nombre d'entre elles sont satisfaites de leur choix a posteriori, tout en reconnaissant avoir eu mal (« *Je garderai de ce moment un souvenir magique : cinq heures de véritables souffrances mais avec un mari attentionné et surtout présent et avec une petite fille merveilleuse couchée sur mon ventre* »). La douleur est chargée d'une signification particulière, qui légitime son existence aux yeux de ces femmes : c'est un élément récurrent constitutif des processus rituels de passage à l'état de mère.

Ces femmes refusant l'analgésie péridurale ont en général puisé beaucoup d'informations dans la littérature, ont une démarche militante en faveur de l'accouchement « naturel » et vont au bout de leur démarche.

Cependant, les femmes bénéficiant d'une analgésie péridurale ne sont pas en reste : même dans ces conditions, il existe toujours une période douloureuse au début du travail. Dans la plupart des cas, ces femmes, avant l'accouchement, avaient décidé de demander l'analgésie péridurale lorsqu'elles ne supporteraient plus la douleur.

Le recours à une analgésie n'est pas considéré comme un échec, car il fait partie du projet, mais comme une délivrance, la femme ayant épuisé son « capital de résistance à la douleur » (*« Ce deuxième accouchement est beaucoup plus positif pour moi car il s'est déclenché spontanément et malgré la lenteur du travail j'ai réussi à gérer ma douleur pendant 30 heures avant d'avoir recours à la péridurale qui faite au bon moment m'a permis d'être vraiment active lors de l'expulsion »*).

II.1.3 Besoin de ressenti :

Il apparaît que le besoin de percevoir physiquement la naissance de son bébé est très important dans le « devenir mère ».

On peut expliquer cette envie de ressenti de deux manières :

- vouloir sentir ce qu'il se passe
- vouloir s'aider de ces sensations pour être active.

Cela s'inscrit dans le courant de pensée que nous avons vu précédemment.

Certaines patientes sont déçues de n'avoir rien senti avec la péridurale. Celles-ci se plaignent d'avoir été dépossédées de leur accouchement et de n'avoir pas eu l'impression de mettre leur enfant au monde.

Toutefois, même s'il était vrai que les sensations pouvaient être abolies avec les dosages d'analgésiques il y a quelques années, son utilisation est aujourd'hui beaucoup mieux adaptée, permettant une plus grande participation de la femme au moment de l'enfantement.

Nous avons vu que le questionnement de la grossesse porte sur les capacités de la future mère. Celles-ci vont être expérimentées au cours de l'accouchement. De même que la femme enceinte les assimile à la bonne croissance de l'enfant, là c'est la bonne conduite de l'accouchement qui va les lui prouver.

C'est ce que les femmes « instinctives », c'est à dire agissant selon leurs instincts, souhaitent expérimenter lorsqu'elles expriment la volonté de « sentir ».

II.2 Risques encourus en cas d'accouchement « mal vécu » :

Etre contente de soi quelles que soient les modalités de l'accouchement semble être le signe (surtout pour les accouchements naturels) que le passage psychique à l'état de mère a bien été fait et réussi, ce qui explique les discordances existant parfois entre notre analyse médicale et le ressenti maternel. On a observé la coïncidence entre « être contente de soi » et un investissement rapide des fonctions maternelles (présence psychique ou attachement et soins du bébé).

Pour une bonne pratique, il faut faire en sorte q'un accouchement eutocique médicalement ne soit pas « traumatisant » pour la mère, parce que vécu « trop long ou trop violent ».

Tout dépend en fait de son histoire, et de la façon dont on la laisse vivre son accouchement, à son rythme ou non.

Nous avons vu que l'accouchement est un grand passage somato-psychique. Il pourrait favoriser l'émergence de situations inscrites dans la mémoire transgénérationnelle.

Nous allons voir qu'il existe plusieurs pathologies, synonymes de passage en post-partum complexe et de difficultés de l'établissement de l'attachement à l'enfant.

Le baby blues, phénomène bien connu des suites de couches est la première de ces pathologies. Il s'agit d'un passage psychique décalé par rapport à l'accouchement physique. Nous avons vu qu'accouchement réussi correspondait à un passage psychique accompli. On peut donc en déduire que le sentiment d'échec de son accouchement pourrait induire ou aggraver un baby blues.

Ensuite, des névroses post traumatiques post accouchement ont déjà été décrites par Monique BYDLOWSKI, psychanalyste en maternité, en 1978. Il n'y a pas d'élaboration psychique chez la patiente qui ne peut pas « être mère ». Le Dr CANON-YANNOTI ¹⁸ parle de névroses traumatiques qu'elle a eu à traiter chez certaines femmes ayant eu recours à une analgésie péridurale : « *ce sont des souvenirs de l'accouchement qui ne se refoulent pas ou ne se remettent pas à distance après deux ou trois jours de*

¹⁸ CANON-YANNOTI, Michèle
Le devenir mère et le sens de la douleur.
Profession Sage-femme, 1999, 55, 16-18

suites de couches... Ces névroses viennent des modifications de l'organisme et des actes obstétricaux perçus avec effroi parce que ces femmes n'étaient pas prêtes à devenir mères ».

Il est à rappeler que les liens qui attachent la mère à son enfant conditionnent les relations qu'elle aura avec lui et par là même la vie d'adulte de celui-ci.

II.3 Facteurs permettant une plus grande autonomie de la parturiente :

II.3.1 Recommandations :

D'après C. RACINET, « *parler d'escalade et de désescalade en médecine périnatale sous entend un ajustement des pratiques et plus précisément, la promotion d'une part de pratiques efficaces et non encore généralisées et, d'autre part, l'abandon de celles qui s'avèrent inefficaces, voire dangereuses* ». ¹⁹

Régulièrement, dans la presse, les communiqués d'associations de parents, ressurgit le débat de la surmédicalisation de l'accouchement.

Cependant, nombres de femmes dont la grossesse ne pose pas de problème préfèrent accoucher dans une maternité de niveau III par sécurité. Il convient donc d'adapter les pratiques, non pas à un établissement mais à une population donnée. Il est manifeste que les progrès de la science ont sauvé de nombreux femmes et enfants, mais il faut rappeler que la majorité des accouchements sont eutociques.

La commission de périnatalité (mandatée par le ministre de la Santé et composée de deux néonatalogistes et d'un gynéco obstétricien) propose de *différencier le caractère à haut risque obstétrical ou à bas risque obstétrical permettant aux patientes à bas risque de choisir le mode de prise en charge sans intervention systématique de techniques de surveillance non nécessaires.*

Ces dispositions permettraient pour les femmes à bas risque une mise en place des conditions d'accouchement moins « immobilisantes » et adaptées à leurs envies de « naturel ».

¹⁹ XXèmes JOURNEES NATIONALES DE LA SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE PERINATALE (2000 ; Reims).

RACINET, C.

Escalade/désescalade en médecine périnatale. Comment établir la validité des pratiques (application à l'obstétrique)

Rueil-Malmaison : Arnette, 2000,79-86.

Il est à noter que l'OMS a publié des recommandations concernant les pratiques utilisées pendant l'accouchement normal en étudiant leur bien fondé (cf. annexe 4).

Conscient que ces recommandations s'adressent à un public très disparate, ne bénéficiant pas des mêmes conditions d'exercice (de moyens, de technologies ou même d'asepsie...) certaines d'entre elles sont intéressantes à rappeler .

Selon l'OMS on peut en démontrer l'utilité et il faut encourager les pratiques suivantes :

- Respect du droit de la femme à l'intimité sur le lieu de l'accouchement.
- Soutien empathique des dispensateurs de soins pendant le travail et l'accouchement.
- Fourniture aux femmes de toutes les informations et explications qu'elles souhaitent.
- Méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme les massages et les techniques de relaxation.
- Liberté de choisir la position et de bouger pendant tout le travail.
- Encouragement à choisir une position autre que dorsale pendant le travail.

Dans le même esprit, il a été présenté au Parlement Européen le 8 juillet 1988 une charte de la parturiente.

Toutes ces mesures tendent à replacer la femme au rang de sujet de son accouchement et non au rang d'objet.

Toutefois, nous rappelons qu'il est question d'un accouchement normal, sans complications. Dans le cas contraire, la prise en charge est bien plus compliquée et les décisions souvent prises en urgences. Cependant, le droit à l'information y reste essentiel.

II.3.2 Facteurs psychologiques :

II.3.2.1 Intérêts de la préparation à la naissance :

Comme son nom l'indique, elle sert à préparer la femme à son accouchement et cela de plusieurs manières.

Tout d'abord en donnant des informations sur le déroulement de l'accouchement, et en général de faire découvrir au couple, par une visite des Salles de Naissance, le lieu où aura lieu l'accouchement.

Fort de ces éléments, cela les empêchera d'arriver plus angoissés que de raison à la maternité et de comprendre tout le déroulement de l'accouchement.

Que ce soit une préparation classique ou spécifique comme l'hypnose, elle donnera à la femme des moyens de gérer au mieux cet événement : les exercices de respiration, de relaxation, ou d'indolorisation sont autant de facteurs permettant à la femme de puiser les ressources qu'elle a en elle pour agir contre les événements.

Nous rappelons que pour ERICKSON, « *l'hypnose est un moyen donné à la personne afin de potentialiser ses ressources pour changer* ». ²⁰

On peut noter également que certaines femmes multiplient les préparations pour avoir un maximum d'outils à leur disposition.

II.3.2.2 Confiance et sentiment de sécurité :

Pour qu'un accouchement soit vécu de la meilleure manière possible, la femme a besoin d'avoir confiance en son environnement et se sentir en sécurité.

Confiance dans l'équipe soignante et sa capacité à produire l'écoute, le respect et parfois les gestes nécessaires, précis, adaptés, ni intempestifs, ni précipités.

Elle a besoin de savoir qu'en cas de complication, la sage-femme passera le relais aux obstétriciens, que les pédiatres seront là pour accueillir son enfant. Elle a besoin de sentir une équipe à ses côtés.

Cette relation s'établit tout au long de la grossesse, à travers les différentes consultations, les échographies, les examens complémentaires.

Connaître les lieux et mieux encore l'équipe soignante qui la prendra en charge diminue toute la part d'inconnu qui fait le lit de l'angoisse.

²⁰ HALFON, Yves.

L'apprentissage de l'hypnose clinique aujourd'hui.

Rouen : Institut Milton H. Erickson de Normandie, 2003.-12p.

Parallèlement, l'équipe soignante doit aussi faire confiance à la femme, croire à ses capacités.

Comme le dit P. CESBRON, « *rétablir la confiance et le respect dans une maternité constitue la meilleure garantie de « bienveillance » professionnelle. Confiance dans cette femme et son compagnon, donneurs de vie, créateurs d'humanité ; ils sont nos indispensables médiateurs et eux seuls peuvent nous autoriser à établir cette relation médicale aujourd'hui perçue comme nécessaire avec leur petit* ». ²¹

II.3.2.3 Droit à l'information :

Pour être l'exécutante de la naissance de son enfant, la femme doit comprendre chaque phase de cet événement, y compris les difficultés qui peuvent survenir.

Il est donc indispensable que le personnel soignant explique ses actes, les phénomènes observés par la parturiente lors du travail et de l'accouchement.

De surcroît, le droit à information a été rendu obligatoire par la charte du patient hospitalisé en ces termes : *l'information donnée au patient doit être loyale et accessible. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent* (cf. annexe 5) et surtout par l'article L 1111-2 du code de la santé publique (loi du 4 mars 2002, cf. annexe 6).

II.3.2.4 Accompagnement par le père ou une personne choisie par la parturiente:

Le plus souvent, c'est le conjoint qui assiste à l'accouchement et qui est présent à côté de sa compagne pendant le travail. Cependant, la présence d'une personne choisie par la patiente pour l'accompagner est bénéfique lorsque la femme est célibataire ou lorsque son conjoint est dans l'incapacité d'assister à l'accouchement.

S'il s'agit du conjoint, son accompagnement doit être préparé. Il est difficile, lorsque l'on voit sa femme souffrir, de savoir spontanément comment la soutenir. Faire suivre aux hommes les cours de préparation serait intéressant pour eux et pour les femmes, mais utopique car, quand ils travaillent, les horaires habituels de cours ne permettent pas souvent d'être présents.

²¹ CESBRON P.

Plaidoyer pour une bienveillance obstétricale, de la « sécurité » au « bien-être ». Journal de pédiatrie et de puériculture, 2001,6,341-346

Le mieux est de prévoir un cours réservé aux futurs pères, en soirée ou le samedi. Ils peuvent ainsi bénéficier d'un minimum de connaissances sur le déroulement du travail et apprendre comment aider leurs femmes.

Le futur père aura un rôle très important dans le soutien de sa femme : c'est la seule personne qui, normalement, reste constamment à ses côtés.

Point de repère essentiel entre la vie d'avant et celle d'après, il l'accompagne dans le passage entre femme et mère.

Ayant assisté aux séances de préparation il peut, exempt de douleur, aider calmement sa femme à se concentrer sur sa respiration, sur les exercices de relaxation...

Il peut également pratiquer des massages en dehors des contractions, l'aider à dédramatiser et c'est également lui le gardien du brumisateur !

Toutefois, on ne doit pas obliger un futur père à assister à l'accouchement de sa compagne. Cela doit être son choix, car, dans le cas contraire, il peut être traumatisé lui aussi par cet événement.

Il est à noter que la loi du 4 mars 2002 permet à tout individu majeur de désigner une personne habilitée à être informée et consultée lorsqu'il se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté et à l'accompagner durant son séjour hospitalier.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et peut assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Cette personne peut très bien être l'accompagnateur de la parturiente lors du travail.

II.3.2.5 Accompagnement par la Sage-femme :

La sage-femme, de par sa formation et sa fonction, est au premiers rang dans l'entourage de la parturiente.

C'est elle qui, en dehors de toute pathologie, accueille la femme à son arrivée à la maternité, l'installe dans la salle d'accouchement, suit l'évolution du travail, et qui accompagne la femme au moment de l'enfantement

C'est elle qui par sa présence, ses gestes, sa capacité d'écoute, de recueillement, de respect des silences suivra la femme sur ce long chemin.

Passant régulièrement voir la femme, elle pourra répondre à ses questions, donner les informations nécessaires, donner les « petits trucs ».

C'est elle qui fait la liaison entre la femme et l'obstétricien, la femme et l'anesthésiste.

II.3.3 Facteurs physiques :

II.3.3.1 Déambulation:

Il est important, que la femme, une fois arrivée à la maternité, puisse bénéficier d'une certaine liberté de mouvement.

Une fois harnachée à la table d'accouchement, perfusée, avec le monitoring, sa mobilité est très restreinte. Or le mouvement favorise l'avancement du travail.

La déambulation accélère le travail sans augmenter la fréquence des contractions utérines, ce qui est appréciable pour la parturiente. Elle permet également de ne pas se focaliser sur les contractions utérines et les douleurs qu'elles entraînent. Contrairement à une femme allongée, elles sont plus supportables car elles sont reléguées au second plan.

Généralement, elles se penchent en avant au moment de la contraction : cette position diminue la pression exercée sur le périnée par le fœtus. Elles peuvent s'aider du mobilier environnant pour adopter cette position.

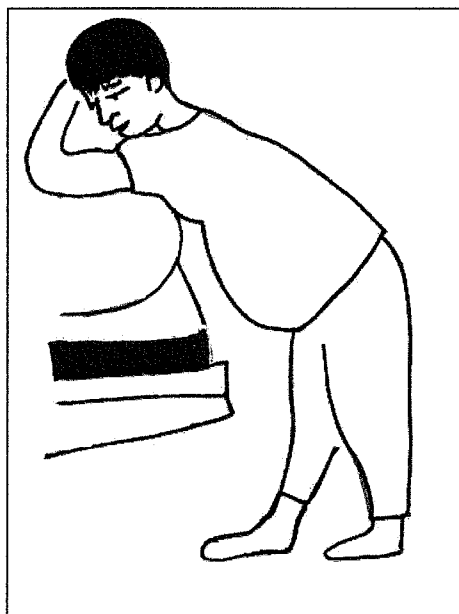


Figure 15: position penchée en avant

Les positions permettant d'étirer le bas du dos peuvent aussi soulager la femme. Le Centre Hospitalier du Belvédère dispose d'une salle de pré-travail pourvue d'espalier : les femmes peuvent s'y suspendre et s'étirer lors des contractions.

L'utilisation de ballons sur lesquels les patientes s'assoient permet divers mouvements de bassin et de trouver une position confortable.

II.3.3.2 Mobilisation :

Après un certain stade d'avancement du travail, la douleur devient telle que la femme ne peut plus déambuler. Elle exprime souvent le désir de rester allongée. Cela peut être le moment de lui proposer une analgésie péridurale.

Analgésie ou non, il est important qu'elle puisse toujours se mobiliser à cette phase du travail. Des positions à la fois antalgiques et efficaces d'un point de vue mécanique peuvent être proposées.

En décubitus dorsal, la position gènupectorale peut être adoptée. Les jambes sont très remontées sur la poitrine, calées éventuellement par les montants des étriers et soutenue latéralement par des oreillers. Il faut remonter les genoux vers la poitrine en formant un angle rachis fémur inférieur à 90°.

Une position gauche sera choisie préférentiellement car elle assure une meilleure oxygénation du fœtus et évite l'effet POSEIRO. De plus, cette position favorise l'engagement.

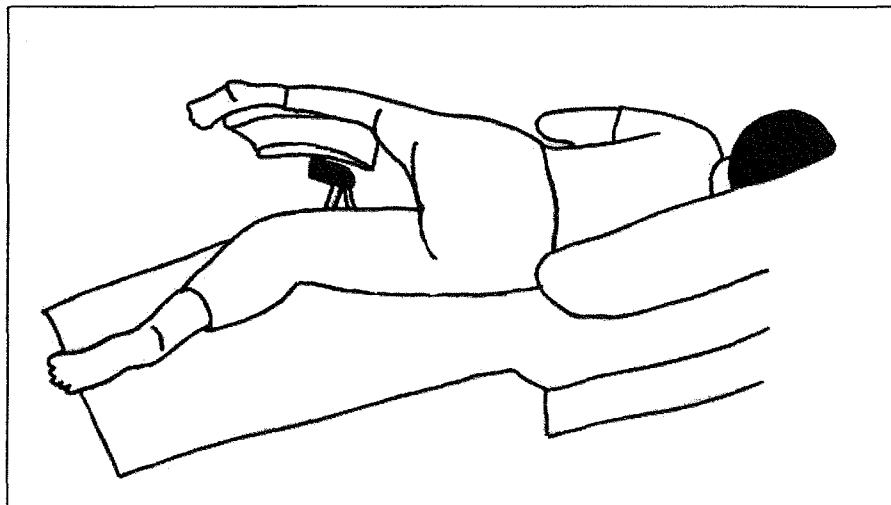


Figure 16: position en décubitus latéral gauche

Des positions assises, qui, du fait de la verticalisation du torse maternel, créent une pression plus forte sur le fœtus et l'aide à descendre, peuvent également être proposées.



Figure 17: position assise

Il est important que la femme change régulièrement de position pendant le travail. Elle peut alterner les positions, changer de côté. Ces mouvements, en plus d'accélérer le travail, peuvent « débloquer » un fœtus. Il n'est pas rare de constater une grande avancée du travail après la mise en place d'une analgésie péridurale, uniquement parce que la parturiente s'est mobilisée lors de la pose de celle-ci.

II.3.3.3 Perfusion :

La perfusion peut également embarrasser la femme.

Toutefois, c'est un élément indispensable pour la sécurité. Elle est obligatoire en cas d'analgésie péridurale et sa pose en urgence peut être difficile.

Cependant, on peut très bien poser en début de travail un cathéter hépariné muni d'un obturateur qui sera immédiatement utilisable en cas de besoin.

II.3.3.4 Enregistrement du rythme cardiaque :

La surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF) est un élément clé de la surveillance de l'accouchement. Son but est *de détecter d'éventuelles anomalies pouvant traduire un état de souffrance fœtale aiguë et nécessitant une prise en charge rapide afin d'éviter une évolution fatale ou l'évolution vers des séquelles graves et invalidantes.*²²

Néanmoins, c'est l'élément qui entrave le plus la liberté de mouvement de la patiente. Il est essentiel de pouvoir concilier au mieux ces deux facteurs.

Il existe plusieurs méthodes de surveillance du RCF au cours du travail :

- La surveillance par auscultation réalisée au moyen d'un stéthoscope ou par appareil manuel Doppler à ultrasons et pratiquée de manière intermittente avec une fréquence régulière au cours du travail. Cette surveillance requiert la présence quasi permanente de la sage-femme au chevet de la patiente. L'auscultation doit en effet être réalisée pendant 30 secondes, après une contraction et à une fréquence de toutes les 15 minutes au cours de la première phase du travail, puis toutes les 5 minutes au cours de la deuxième phase. Il faut un comptage précis et la reconstitution (écrite) d'une véritable courbe de RCF.²³
- La surveillance par enregistrement électronique réalisée avec les cardiotocographes « classiques » pratiquée de manière continue ou discontinue.
- La surveillance grâce à la télémétrie : le principe est le même que pour les cardiotocographes classiques, mais au lieu du dispositif pourvu de fils, la parturiente porte des capteurs et un émetteur. Un récepteur de signal restant dans la salle de travail permet l'enregistrement du RCF.

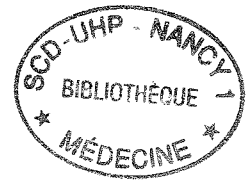
Même si, selon l'ANAES, il n'existe aucune différence entre l'auscultation intermittente et l'enregistrement cardiotocographique continu en terme de mortalité ou de séquelles neurologiques à long terme, la majorité des établissements choisissent la cardiotocographie pour ses avantages organisationnels (la sage-femme peut surveiller plusieurs femmes en même temps) et de traçabilité des événements (le tracé papier peut être analysé par plusieurs personnes à la fois et perdure dans le temps) alors que l'auscultation intermittente aurait permis une plus grande liberté pour la femme.

²² ANAES. Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal. Mars 2002.

Le monitoring convient pour toutes les positions allongées ou assises mais, en ce qui concerne la déambulation, il restreint fortement le périmètre possible, celui-ci étant alors défini par la longueur des fils (par contre la femme peut tout à fait être assise sur le ballon à côté du lit).

La télémétrie quant à elle facilite la déambulation et les positions maternelles variées.

Conclusion



La prise en charge de la douleur est devenue une priorité dans tous les domaines médicaux, que ce soit celles des bébés prématurés, des cancéreux, ou des accidentés de la route ...

La douleur de l'enfantement existe toujours, mais on est loin actuellement du « tu enfanteras dans la douleur ». Aujourd'hui, il est important pour tous de protéger la femme de cette souffrance physique mais aussi destructrice psychologiquement.

L'hypnoanalgésie répond à ces deux exigences en améliorant très nettement le vécu de la douleur de l'accouchement et en permettant à la future mère d'utiliser ses ressources pour gérer au mieux cet événement.

L'utilisation conjointe de l'hypnose et de l'analgésie péridurale permet de « balayer » tout le travail et de garantir à la femme une sécurité affective et physique.

Toutefois, même si l'hypnose est utilisée dans de nombreux domaines, elle l'est beaucoup moins en obstétrique. De ce fait, il existe peu de personnel formé pour accompagner les femmes en salle de naissance et les aider à maintenir la transe hypnotique lorsque la douleur des contractions devient trop intense. Il serait intéressant de pouvoir développer cet aspect ainsi que l'aide thérapeutique qu'elle peut apporter à d'autres moments de la grossesse : lors du suivi des femmes ayant eu un passé obstétrical traumatique, chez les femmes hospitalisées...

Bibliographie



Articles et périodiques :

📖 CANON-YANNOTI, Michèle
Le devenir mère et le sens de la douleur.
Profession Sage-femme, 1999, 55, 16-18

📖 CESBRON P.
Plaidoyer pour une bienveillance obstétricale, de la « sécurité » au « bien-être ».
Journal de pédiatrie et de puériculture, 2001,6,341-346

📖 GOGNIAT LOOS, Fabienne
Episiotomie de routine, une pratique sans fondement.
Les dossiers de l'obstétrique,2003,322,8-11

📖 DE VALORS, Marie Hélène
Du baby blues aux névroses...et TPST post-accouchement
Les dossiers de l'obstétrique,2003,322,26-32

📖 HOARAU, Dominique
Variation sur la douleur.
Vocation Sage-femme, 2003,9,26-27

📖 LE DÛ, Maï
La douleur de l'accouchement : approche ethnologique.
Vocation Sage-femme, 2003,9,21-23

📖 MELZACK, R., WALL, P.D.
Pain mechanics: a new theory.
Science, 1965, 150, 971

📖 PAQUET, V.
Le vécu de la césarienne pratiquée en urgence: quelles conséquences psychologiques maternelles?
Revue de l'infirmière, 2001,72,23-25

📖 POITEL, V.,STORA, P.
Naissance et sécurité : côté mère, côté médecin.
Les dossiers de l'obstétrique,2002,306,9-11

Ouvrages :

📖 AUDOIN, Luc.
La sophrologie.
Toulouse : Milan, 2000.-63p.

- 📖 BARUK, Henri.
L'hypnose.-5° ed.
Paris : Presses universitaires de France, 1993.-127p.
- 📖 BERGERET-AMSELEK,C.
Le mystère des mères.
Edition Desclée de Brouwer,1998
- 📖 CHERTOK, Léon.
Hypnose et suggestion.-2° ed.
Paris : Presses universitaires de France, 1993.-126p.
- 📖 CHERTOK, Léon.
Méthodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur.
Paris : 1957
- 📖 DE GASQUET Bernadette.
Bien-être et maternité.
Bois le roi : Implexe édition,1996.-370p.
- 📖 DE LAMARTINE, Alphonse.
Méditations poétiques.
Paris : Quillet, 1930.-344p.
- 📖 DE MUSSET, Alfred.
La nuit d'octobre, œuvres complètes.
Paris : Editions F. Baldensperger, 1923.
- 📖 GALVEZ, Roger.
L'hypnose de l'an 2000.
Nancy : Editions de la Société Lorraine d'Hypno Sophrologie et de
Psychothérapie,1999.
- 📖 GARNIER M., DELAMARE V., DELAMARE J., DELAMARE T.
Dictionnaire des termes de médecine.-24° ed.
Paris : Maloine, 1997.-1095 p.
- 📖 LANSAC J.,BODY G., PERROTIN F., MARRET H.
Pratique de l'accouchement.- 3° ed.
Paris: Masson, 2001.- 525 p,72-73.
- 📖 METZGER, C. et coll.
Soins infirmiers et douleur.
Paris : Masson, 2000,115-119.
- Mémoires:**
- 📖 CAUCIMON, Christelle, MONOD-BROCA, Colette.
Le projet d'accouchement sans péridurale. Qui, Pourquoi, Comment ?-93p.
Mémoire : Sage-femme : Paris VI : 2001.

📖 WELTER, Corine.
Douleur et bien-être-96p.
Mémoire : Sage-femme : Nancy : 2000.

Rapports :

📖 ANAES
Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal. Mars 2002.

Thèses :

📖 ALTIERI, Christelle.
Prise en charge de la douleur pendant la grossesse et l'accouchement-130p.
Th : Pharmacie : Nancy : 2003 ; 10.

📖 CALABRESE, Rodolphe.
L'hypnose au cabinet dentaire -127p.
Th : Chirurgie dentaire : Nancy : 1989.

📖 ROMAND, Didier.
De l'utilisation de l'hypnose dans le domaine odonto-stomatologique-128p.
Th : Chirurgie dentaire : Paris : 1983.

Congrès :

📖 XXèmes JOURNEES NATIONALES DE LA SOCIETE FRANCAISE DE
MEDECINE PERINATALE (2000 ; Reims).
RACINET, C.
Escalade/désescalade en médecine périnatale. Comment établir la validité des pratiques
(application à l'obstétrique)
Rueil-Malmaison : Arnette, 2000,79-86.

Autres :

📖 BAYOUMEU, Françoise (Maternité Régionale de Nancy).
La douleur en obstétrique : rappels physiologiques, facteurs, évaluation.
Nancy : 2002.-6p.

📖 HALFON, Yves.
L'apprentissage de l'hypnose clinique aujourd'hui.
Rouen : Institut Milton H. Erickson de Normandie, 2003.-12p.

📖 HALFON, Yves.
Emergences.
Rouen : Institut Milton H. Erickson de Normandie, 2003.- 49p.

📖 HALFON, Yves.
Douleurs et obstétrique.

📖 HALFON, Yves.

Hypnose extemporanée en salle de naissance et ailleurs en maternité.

📖 HALFON, Yves.

L'utilisation de l'hypnose dans un service d'obstétrique.

📖 LONGCHAMP, Philippe.

La douleur. 9p.

Sites Internet :

📖 www.hypnoses.com/touyarot.html

📖 www.ethnopsychiatrie.net/actu/douleur.html

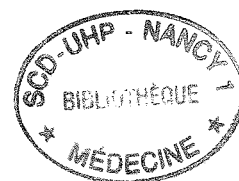
📖 www.ch-belvedere.fr

📖 www.anaes.fr

📖 www.nposagesfemmes.org/rsf003_2.htm



Table des matières



Remerciements	4
Sommaire.....	5
Préface.....	6
Introduction	7
Première partie : douleur obstétricale et hypnose.....	8
I Gestion de la douleur obstétricale à travers les âges.....	9
I.1 Au temps de l’Egypte ancienne :	9
I.2 Durant l’Antiquité :	9
I.3 Au Moyen-Âge :	10
I.4 De la fin du Moyen-Age au XIXème siècle :	10
I.4.1 Au XVI ème siècle :	10
I.4.2 Au XVII ème siècle :	10
I.4.3 Au XVIII ème siècle :	11
I.4.4 Au XIXème siècle :	11
I.4.5 Au XXème siècle :	12
II La douleur en obstétrique.....	14
II.1 Aspects physiologiques de la douleur :	14
II.1.1 Pendant la première phase du travail :	14
II.1.2 Pendant la deuxième phase du travail :	15
II.2 Aspects sociologiques de la douleur :	16
II.2.1 La pression culturelle :	16
II.2.2 L’histoire psychoaffective de la femme :	17
II.2.3 Le rappel des expériences douloureuses passées :	17
II.2.4 L’angoisse :	17
II.2.5 La fatigue :	18
II.2.6 L’attention :	18
II.2.7 La relation aux soignants :	18
II.3 Evaluation de la douleur :	19
II.3.1 Echelles unidimensionnelles :	19
II.3.2 Echelles multidimensionnelles :	19
II.3.3 Résultats des évaluations :	21
III L’hypnose	22
III.1 Qu’est-ce que l’hypnose ? :	23
III.1.1 Définitions :	23
III.1.2 Hypothèse actuelle :	23
III.2 Etat hypnotique ou transe hypnotique :	25
III.2.1 Définition :	25
III.2.2 Phénomènes induits par la transe :	26
III.3 Méthodes :	28
III.3.1 Construction de la suggestion :	28
III.3.2 Induction de la transe:	28

III.3.3 Approfondissement de la transe.....	29
III.4 Relation hypnothérapeute/patiente, profil du thérapeute :.....	29
III.5 Applications de l'hypnose :.....	30
III.5.1 Applications générales :.....	30
III.5.2 Utilisation de l'hypnose en obstétrique :.....	31
Deuxième partie : l'étude.....	33
I Méthodologie et caractéristiques de l'étude.....	34
II Description de la préparation suivie.....	37
II.1 Buts recherchés de cette méthode en matière d'analgésie :.....	37
II.2 Contenu de la première séance :.....	38
II.3 Contenu de la deuxième séance :.....	40
II.4 Contenu de la troisième séance :.....	43
III Résultats de l'étude.....	45
III.1 Population concernée par l'étude :.....	45
III.2 Choix de la préparation à la naissance par l'hypnose:.....	47
III.3 Situations antérieures.....	48
III.4 Facteurs modifiant l'intensité de la douleur ressentie :.....	49
III.5 Réactions vis à vis de la douleur.....	51
III.6 Aide procurée par l'hypnose :.....	53
III.7 Sentiments vis à vis de l'accouchement a posteriori:.....	54
Troisième partie : analyse des résultats et réflexions.....	55
I Analyse des résultats.....	56
II Réflexions.....	57
II.1 Définition et critères de l'accouchement réussi :.....	58
II.1.1 Le projet d'accouchement :.....	59
II.1.2 Valeur de la douleur de l'accouchement :.....	59
II.1.3 Besoin de ressenti :.....	60
II.2 Risques encourus en cas d'accouchement « mal vécu » :.....	61
II.3 Facteurs permettant une plus grande autonomie de la parturiente :.....	62
II.3.1 Recommandations :.....	62
II.3.2 Facteurs psychologiques :.....	64
II.3.3 Facteurs physiques :.....	67
Conclusion.....	72
Bibliographie.....	73
Table des matières.....	77
Annexes.....	79
Annexe 1 : Questionnaire.....	80
Annexe 2 : Paroles de femmes.....	84
Annexe 3 : Recommandations OMS.....	87
Annexe 4 : Extrait de la Charte du patient hospitalisé.....	90
Annexe 5 : Extrait du code de la santé publique.....	91



Annexes

Annexe 1 : Questionnaire.

Sophie Rongvaux,
Elève Sage-femme 4^{ème} année

Je prépare un mémoire de fin d'étude sur **la prise en charge de la douleur de l'accouchement grâce à la préparation à la naissance par l'hypnose**. Ce questionnaire m'aidera à réaliser mon projet. Il est anonyme et toutes les informations qui y sont contenues sont confidentielles. **Il concerne les jeunes mamans (ayant accouché normalement par voie basse) ayant suivi la préparation à la naissance par l'hypnose.**

Je vous remercie par avance d'avoir accepté de répondre à mes questions.

I. Pour mieux vous connaître :

- Votre âge :
- Votre pays d'origine :
- Votre religion :
- Votre niveau d'étude :
 - Primaire
 - Secondaire
 - Technique
 - Supérieur

- Votre profession :
- Votre situation familiale :
 - Célibataire
 - Vie en couple
 - Mariée
 - Autre : ...

- Etes-vous sensible à la douleur habituellement ?
 - Oui
 - Non

II. Renseignements concernant vos accouchements:

- Aviez-vous déjà accouché ?
 - Oui
 - Non

- Nombre d'accouchement(s) précédent(s) :
 - 1
 - 2
 - 3
 - plus de 3. Précisez :

- Si oui, aviez-vous suivi une préparation à la naissance, laquelle et pourquoi (en détaillant chaque cas)?

- Aviez-vous bénéficié d'une analgésie péridurale ?
 - ✓ Pour le premier :
 - Oui, pourquoi ?
.....
 - Non,
pourquoi ?.....
 - ✓ Pour le second :
 - Oui,
pourquoi ?.....
 - Non,
pourquoi ?.....
 - ✓ Pour le troisième :
 - Oui,
pourquoi ?.....
 - Non,
pourquoi ?.....
 - ✓ Pour les suivants ?
 - Oui,
pourquoi ?.....
 - Non,
pourquoi ?.....

III. Renseignements concernant la préparation à la naissance par l'hypnose :

- Comment avez-vous connu la préparation à la naissance par l'hypnose ?
 - Grâce à une plaquette du Centre Hospitalier du Belvédère
 - Grâce à une amie
 - Grâce à la presse
 - Autre :

- Pourquoi avez-vous choisi cette préparation plutôt qu'une autre ?
.....
.....

- Qu'en attendiez-vous ?
.....
.....

- Aviez-vous des inquiétudes au sujet de l'hypnose ?
 - Oui
 - Non
 Si oui, lesquelles ?
.....
.....
.....

➤ Avez-vous suivi une autre préparation à la naissance au Centre Hospitalier du Belvédère ?

- Aucune
- Préparation classique
- Piscine
- Chant prénatal
- Haptonomie

Que vous ont apporté ces autres préparations ?

.....
.....
.....

IV. Renseignements concernant votre accouchement :

➤ A quel terme de votre grossesse avez-vous accouché ?

➤ Le travail a commencé :

- Naturellement
- Après maturation cervicale
- Après déclenchement artificiel (par perfusion de Syntocinon®)
- Après maturation cervicale et déclenchement artificiel

➤ A-t-on rompu artificiellement la poche des eaux ?

- Oui
- Non

➤ Avez-vous eu une perfusion de Syntocinon® pour « accélérer » le travail ?

- Oui
- Non

➤ Sur une échelle de 0 à 10 (10 étant la douleur la plus intense que vous ayez jamais ressentie), comment qualifieriez-vous la douleur ressentie pendant:

- ✓ Le tout début du travail :
- ✓ Les contractions utérines efficaces :
- ✓ L'enfantement(l'expulsion) :
- ✓ La première heure après l'accouchement :

➤ L'expulsion a-t-elle été assistée :

- Oui
- Non

Si oui par :

- Un forceps
- Une ventouse
- Autre :

- Avez-vous eu :
 - ✓ Une déchirure
 - Oui
 - Non
 - ✓ Une épisiotomie
 - Oui
 - Non

➤ Quelle fut, en heure(s), la durée de votre travail (du début des contractions utérines efficaces jusqu'à l'expulsion) ?

➤ Avez-vous eu recours à une analgésie péridurale ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi et après combien d'heure(s) de contractions?

.....

.....

.....

➤ Expliquez en quoi la préparation à la naissance par l'hypnose vous a aidé à gérer votre douleur :

.....

.....

.....

➤ Que pourriez-vous reprocher à cette méthode ?

.....

.....

.....

➤ Quelle méthode voudriez-vous employer lors de votre prochain accouchement (vous pouvez cocher plusieurs réponses)?

- Préparation à la naissance par l'hypnose
- Autre(s) préparation(s) à la naissance, laquelle(lesquelles) :
- Analgésie péridurale
- Autre :

Pourquoi ?

.....

.....

➤ Quelles impressions gardez-vous de votre accouchement ?

.....

.....

.....

Je vous remercie d'avoir bien voulu répondre à mes questions .Si vous voulez me joindre, vous pouvez m'écrire à l'adresse suivante :

srongvaux@wanadoo.fr

Annexe 2 : Paroles de femmes.

Impressions à propos de l'accouchement.

- *Très serein.*
- *Début troublant avec doutes (vous ne savez pas vraiment si tout commence). Puis tout va très vite, vous ne contrôlez plus rien. Tout est douloureux et pénible. Mais une fin merveilleuse avec la péridurale (et bien sûr le bébé).*
- *Très bonne pour ce second !*
- *Ce deuxième accouchement est beaucoup plus positif pour moi car il s'est déclenché spontanément et malgré la lenteur du travail j'ai réussi à gérer ma douleur pendant 30 heures avant d'avoir recours à la péridurale qui faite au bon moment m'a permis d'être vraiment active lors de l'expulsion.*
- *C'est toujours un moment merveilleux malgré les inconvénients qui viennent s'y attacher.*
- *L'appréhension de l'enfantement a été plus forte que les contractions que je pensait pouvoir maîtriser mais cela s'est avéré le contraire le jour J. La panique a pris le dessus et je n'ai pas su refaire les exercices du cours d'hypnose.*
- *Moment douloureux avant la péridurale puis soulagement et grande émotion à l'arrivée du bébé dans ses bras.*
- *Accouchement très difficile, impression que la péridurale n'a pas fonctionné malgré le nombre d'injections faites !!! Douleurs vraiment très très très intenses mais l'arrivée de mon bébé m'a vite fait oublier ces douleurs insupportables.*
- *C'est une expérience douloureuse, très forte en émotion qui s'est parfaitement bien déroulée et plus rapidement que mon premier accouchement : globalement je suis heureuse et pas traumatisée par cette expérience tout de même douloureuse.*
- *Beaucoup moins bonnes qu'à mon premier accouchement car la péridurale n'a pas été très efficace. Je n'étais pas du tout endormie pour le périnée. Uniquement le ventre et les jambes engourdies. Heureusement que j'avais fait cette préparation qui m'a aidé à gérer tout ça.*
- *Pas de très bonnes impressions.*
- *Un pur moment de bonheur. On oublie très vite la douleur après l'expulsion de l'enfant.*
- *Un accouchement très rapide mais très très douloureux. Un accouchement naturel et peu médicalisé. Je ne garde pas de mauvais souvenir. Une fois que c'est passé on oublie vite.*

- *Excellentes car j'ai pu gérer la douleur jusqu'à un certain stade et ensuite la péridurale (demandée faiblement dosée) m'a permis de supporter les douleurs les plus intenses tout en me permettant de ressentir pleinement l'accouchement (progression du bébé...).*
- *Je garderai de ce moment un souvenir magique : cinq heures de véritables souffrances mais avec un mari attentionné et surtout présent et avec une petite fille merveilleuse couchée sur mon ventre.*
- *Très bon souvenir.*
- *Très bonnes impressions, la douleur est vite oubliée dès que le bébé est là.*
- *Arrivée 20 min avant l'expulsion. Sentiment de panique dans la voiture mais en me concentrant sur mon souffle j'ai pu accoucher sans péridurale. J'ai vécu toutes les sensations de l'arrivée de mon bébé. C'est très positif.*
- *Un accouchement très rapide, douleurs gérées avec l'aide de la sage-femme. Merveilleux souvenir.*
- *Celui-ci a été plus long et donc plus douloureux que les autres accouchements. Comme je ne souhaitais pas demander la péridurale la préparation me semblait très nécessaire. Sinon l'accouchement reste toujours pour moi un moment de bonheur car je ne retiens que le meilleur.*
- *Une tempête, un ouragan, une fusée (ma fille) qui allait traverser la pièce en déchirant tout sur son passage.*
- *Une très bonne impression car équipe médicale très compétente et très humaine, proche du patient.*
- *Le sentiment de « n'avoir pas été à la hauteur » jusqu'au bout, je n'ai pas su gérer les contractions violentes qui m'envahissait et je n'ai pas su pousser pour sortir mon bébé. Il m'a fallu l'aide des spatules car il était en danger. Je n'ai pas senti mon bébé quand on l'a posé sur mon ventre car j'étais anesthésiée jusqu'aux bras!*
- *Très bonnes impressions. Equipe compétente. Instant magique.*
- *Douleurs intenses puis bonheur.*
- *Une impression de fatigue, je n'étais pas au mieux de ma forme.*
- *Intense, contractions utérines très intenses, aide apportée par la voix de la Sage-femme et le présence de mon conjoint. Phase d'expulsion : impression de sentir avancer à chaque instant, de son arrivée imminente. Transportant malgré la douleur.*
- *Moment unique, inoubliable. Oubli très rapide des douleurs supportées !*
- *C'était une épreuve « douloureuse » mais tout s'est très bien passé ! J'étais très bien encadrée par un sage-femme et une aide soignante.*

- *Un moment douloureux à passer pour un instant de bonheur des plus intense. La péridurale à la fin n'a pas très bien fonctionné, l'accouchement était quand même douloureux.*
- *Douloureux mais rapide.*
- *Bien, tout s'est très bien passé.*

Annexe 3 : Recommandations OMS.

Classification des pratiques utilisées pendant un accouchement normal.

Catégorie A : Pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager.

1. Plan individuel déterminant où et avec l'aide de qui l'accouchement se déroulera, établi avec la femme pendant la grossesse, et communiqué au mari/partenaire et, le cas échéant, à la famille.
2. Evaluation des risques liés à la grossesse pendant les soins prénatals, et réévaluation à chaque contact avec le système de santé et au moment du premier contact avec le dispensateur de soins pendant le travail, et jusqu'à la fin du travail.
3. Surveillance du bien-être physique et émotionnel de la femme pendant tout le travail et l'accouchement, et à l'issue du processus de naissance.
4. Boissons proposées à la parturiente pendant le travail et l'accouchement.
5. Respect du choix éclairé de la femme quant au lieu de la naissance.
6. Fourniture de soins pour le travail et l'accouchement au niveau le plus périphérique où l'accouchement soit possible et sûr et où la femme se sente en sécurité et en confiance.
7. Respect du droit de la femme à l'intimité sur le lieu de l'accouchement.
8. Soutien empathique des dispensateurs de soins pendant le travail et l'accouchement.
9. Respect du choix fait par la femme des compagnons présents pendant le travail et l'accouchement.
10. Fourniture aux femmes de toutes les informations et explications qu'elles souhaitent.
11. Méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme des massages et des techniques de relaxation.
12. Surveillance fœtale avec auscultation intermittente.
13. Usage unique des matériels jetables et décontamination appropriée du matériel à usage multiple pendant tout le travail et l'accouchement.
14. Utilisation de gants pour le toucher vaginal, pendant l'expulsion du bébé et pour la manipulation du placenta.
15. Liberté de choisir la position et de bouger pendant tout le travail.
16. Encouragement à choisir une position autre que dorsale pendant le travail.
17. Surveillance attentive de l'évolution du travail, par exemple au moyen du partogramme de l'OMS.
18. Administration prophylactique d'ocytocine au troisième stade du travail chez les femmes présentant un risque d'hémorragie de la délivrance, ou qu'une spoliation sanguine même légère peut mettre en danger.
19. Stérilité des instruments utilisés pour sectionner le cordon.
20. Prévention de l'hypothermie du bébé.
21. Contact dermique précoce entre la mère et l'enfant et encourager à commencer l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance, conformément aux directives de l'OMS sur l'allaitement au sein.
22. Examen systématique du placenta et de ses membranes.

Catégorie B : Pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer.

1. Recours systématique au lavement.
2. Rasage systématique du pubis.
3. Infusion intraveineuse systématique pendant le travail.
4. Pose systématique de canules intraveineuses à titre prophylactique.
5. Utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail.
6. Toucher rectal.
7. Utilisation de la radiopelvimétrie.
8. Administration d'ocytociques à tout moment avant l'accouchement de façon que leurs effets ne puissent être maîtrisés.
9. Utilisation systématique de la position gynécologique avec ou sans étriers pendant le travail.
10. Efforts de poussée soutenus et dirigés (manœuvre de Valsalva) pendant le deuxième stade du travail.
11. Massage et étirement du périnée pendant le deuxième stade du travail.
12. Utilisation de comprimés oraux d'ergométrine au troisième stade du travail pour prévenir ou arrêter une hémorragie.
13. Administration systématique d'ergométrine par voie parentérale au troisième stade du travail.
14. Lavage utérin systématique après l'accouchement.
15. Révision utérine systématique (exploration manuelle) après l'accouchement.

Catégorie C : Pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution tandis que les recherches se poursuivent.

1. Méthodes non pharmacologiques utilisées pour soulager la douleur pendant le travail, comme les plantes, l'immersion dans l'eau et la stimulation nerveuse.
2. Amniotomie précoce systématique pendant le premier stade du travail.
3. Pression sur le fond utérin pendant le travail.
4. Manœuvres visant à protéger le périnée et à gérer la tête du fœtus au moment du dégageant.
5. Manipulation active du fœtus au moment de la naissance.
6. Administration systématique d'ocytocine, tension légère sur le cordon, ou combinaison des deux pendant le troisième stade du travail.
7. Clampage précoce du cordon ombilical.
8. Stimulation du mamelon pour augmenter les contractions utérines pendant le troisième stade du travail.

Catégorie D : Pratiques fréquemment utilisées à tort.

1. Interdiction d'absorber aliments et liquides pendant le travail.
2. Traitement de la douleur par agents systémiques.
3. Traitement de la douleur par l'analgésie épidurale.
4. Monitoring électronique du fœtus.
5. Port de masques et de gants stériles par la personne aidant à l'accouchement.
6. Touchers vaginaux répétés ou fréquents, spécialement par plusieurs dispensateurs de soins.
7. Accélération par l'ocytocine.
8. Transfert systématique de la femme en travail dans une autre pièce au début du deuxième stade.
9. Sondage de la vessie.
10. Encouragement à pousser dès le diagnostic de dilatation complète ou presque complète du col, avant que la femme éprouve le besoin de pousser.
11. Observance stricte d'une durée stipulée pour le deuxième stade du travail, une heure par exemple, si l'état de la mère et du fœtus est bon et si le travail progresse.
12. Extraction instrumentale.
13. Utilisation courante ou systématique de l'épisiotomie.
14. Exploration manuelle de l'utérus après l'accouchement.

Annexe 4 : Extrait de la Charte du patient hospitalisé.

Article 3 : De l'information du patient et de ses proches (circulaire ministérielle DGS-DH n° 95-22 du 6 mai 1995).

L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent.

Les établissements doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale des patients soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information.

Le secret médical n'est pas opposable au patient.

Le médecin doit donner une information simple, accessible et loyale à tous les patients. Il répond avec tact et de façon adaptée aux questions de ceux-ci.

Afin que le patient puisse participer pleinement, notamment aux choix thérapeutiques qui le concernent et à leur mise en œuvre quotidienne, les médecins et le personnel paramédical participent à l'information du malade, chacun dans son domaine de compétences.

Comme le suggère l'article 4 de la Charte de l'enfant hospitalisé, les mineurs sont informés des actes et examens nécessaires à leur état de santé, en fonction de leur âge et de leurs facultés de compréhension, dans la mesure de possible et indépendamment de leurs représentants légaux.

Les majeurs protégés bénéficient d'une information appropriée.

La famille et les proches doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour un dialogue avec les médecins responsables.

Pour des raisons légitimes et qui doivent demeurer exceptionnelles, un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un pronostic ou d'un diagnostic grave. Un pronostic fait doit être révélé avec circonspection, mais à moins que le patient n'ait préalablement interdit, notamment au cours d'entretiens avec le médecin, cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite, les proches doivent généralement en être prévenus. De même, la volonté du patient de ne pas être informé sur son état de santé doit être respectée.

Annexe 5 : Extrait du code de la santé publique

Article L 1111-2 (loi du 4 mars 2002)

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé.

Cette information porte sur les diverses investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tous professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.



Sophie RONGVAUX

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme de Sage-femme.

Ecole de Sages-femmes A. FRUHINSHOLZ, Nancy.

Promotion 2000-2004

Intitulé : Place de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement.

Mots clés : douleur, accouchement, préparation à la naissance, hypnose.

L'accouchement est sûrement l'événement le plus douloureux qu'une femme aura à vivre.

Aujourd'hui, l'utilisation de l'analgésie péridurale est largement répandue, mais que pouvons nous mettre en place lorsque la future mère ne désirent pas en bénéficier, lorsque le travail n'est pas assez avancé pour qu'elle puisse être posée ?

C'est pourquoi nous avons étudié l'application de l'hypnose en salle des naissances.

Après avoir défini ce phénomène complexe qu'est la douleur obstétricale, un travail bibliographique et une étude de terrain réalisée auprès de femmes ayant suivi une préparation à la naissance par l'hypnose nous ont permis de définir l'utilisation optimale de celle-ci lors du travail et de l'accouchement.