



**HAL**  
open science

# L'hypnose comme préparation à la naissance et à la parentalité : quel impact sur le vécu de la grossesse ? revue de la littérature internationale

Gaëlle Gury

► **To cite this version:**

Gaëlle Gury. L'hypnose comme préparation à la naissance et à la parentalité : quel impact sur le vécu de la grossesse ? revue de la littérature internationale. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-04342768

**HAL Id: hal-04342768**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04342768v1>**

Submitted on 13 Dec 2023

**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-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

Université de Lorraine

**Ecole de Sages-Femmes  
de  
Metz**

L'hypnose comme préparation à la naissance et à la parentalité :  
*quel impact sur le vécu de la grossesse ?*

Revue de la littérature internationale

Mémoire présenté et soutenu par :  
GURY Gaëlle

Directrice de mémoire : MANGEOT Joëlle  
Sage-femme enseignante

Promotion 2015-2019



Université de Lorraine

**Ecole de Sages-Femmes  
de  
Metz**

L'hypnose comme préparation à la naissance et à la parentalité :  
*quel impact sur le vécu de la grossesse ?*

Revue de la littérature internationale

Mémoire présenté et soutenu par :  
GURY Gaëlle

Directrice de mémoire : MANGEOT Joëlle  
Sage-femme enseignante

Promotion 2015-2019

## Remerciements :

- Merci à ma directrice de mémoire, madame Mangeot, cadre sage-femme enseignante, pour son soutien, sa patience et ses conseils avisés tout au long de ce travail.

- Merci à mon experte, madame Budnik, sage-femme, pour avoir pris le temps d'accompagner ce travail, et m'avoir apporté son savoir en matière d'hypnose prénatale.

- Merci à mes parents, Anne et Etienne ainsi qu'à ma petite sœur Gwellaouen pour leur soutien et leur présence réconfortante tout au long de mon parcours scolaire.

- Merci à mes grands-parents et surtout à mon papi Roland pour tout le temps passé à relire ce travail.

- Merci à Quentin, ma moitié, qui m'a épaulé tout au long de l'année dans les bons comme dans les mauvais moments ainsi qu'à sa famille qui m'a toujours soutenue.

- Merci à toutes les sages-femmes et à toutes les équipes médicales que j'ai pu rencontrer au cours des études et qui m'ont enseigné leur savoir.

- Merci à ma promotion et en particulier à mes amies et futures collègues Élise, Marine, et Clémence mais aussi Kelly et Justine pour tous les bons moments passés au cours de ces quatre années.

## **Siglaire :**

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IFH : Institut Français d'Hypnose

DIU : Dispositif Intra-Utérin

PMA : Procréation Médicalement Assistée

DU : Diplôme Universitaire

ONSF : Ordre National des Sages-Femmes

EPI : Entretien Précoce Individuel

PPO : Psycho-Prophylaxie Obstétricale

EPP : Entretien Prénatal Précoce

DPC : Développement Professionnel Continu

## Sommaire :

Remerciements :	4
Sommaire :	6
Introduction :	8
Partie 1.....	10
1. L’HYPNOSE.....	11
1.1. HISTORIQUE DE L’HYPNOSE.....	11
1.2. QU’EST-CE QUE L’HYPNOSE ?.....	12
1.3. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L’HYPNOSE.....	13
1.4. L’HYPNOSE EN PRATIQUE.....	14
2. VIVRE SA GROSSESSE.....	15
2.1. L’ANXIÉTÉ DE LA FEMME ENCEINTE.....	15
2.2. LES PETITS MAUX DE LA GROSSESSE.....	16
3. PRÉPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITÉ (PNP).....	16
3.1. HISTORIQUE.....	16
3.2. PNP, DEFINITION ET OBJECTIF.....	17
3.3. LES RECOMMANDATIONS DE L’OMS ET DE LA HAS.....	17
3.4. DIVERSES METHODES DE PNP.....	18
3.5. LA PNP EN PRATIQUE.....	18
Partie 2.....	20
1. MÉTHODOLOGIE.....	21
1.1. PROBLÉMATIQUE.....	21
1.2. LES OBJECTIFS.....	21
1.3. LES HYPOTHÈSES.....	21
1.4. CRITÈRES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE.....	21
2. PRÉSENTATION DES ÉTUDES SÉLECTIONNÉES.....	22
2.1. ÉTUDE A.....	22
2.2. ÉTUDE B.....	23
2.3. ÉTUDE C.....	24
2.4. ÉTUDE D.....	25
2.5. ÉTUDE E.....	27
2.6. ÉTUDE F.....	27



2.7. ÉTUDE G.....	28
2.8. ÉTUDE H.....	29
2.9. ÉTUDE I.....	30
Partie 3.....	32
1. DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	33
1.1. L’HYPNOSE POUR SE RELAXER AU COURS DE LA GROSSESSE.....	33
1.2. L’HYPNOSE POUR SOULAGER LES DOULEURS DE LA GROSSESSE.....	35
1.3. L’HYPNOSE POUR RÉDUIRE LA DURÉE DU TRAVAIL, UN CONSTAT NON ATTENDU.....	37
2. PERSPECTIVES D’AVENIR.....	37
2.1. LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME.....	37
2.2. DE NOUVELLES ÉTUDES POUR L’AVENIR.....	39
Conclusion :.....	40
Bibliographie :.....	42
Table des matières :.....	47
Annexes :.....	50

## Introduction :

Il existe de nos jours de nombreuses méthodes de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) différentes allant de la PsychoProphylaxie Obstétricale à l'haptonomie en passant par le chant prénatal, la piscine, la sophrologie, le yoga, la méthode Bonapace, mais aussi l'hypnose qui reste méconnue [1].

Afin de permettre aux femmes et aux couples d'être impliqués dans la naissance de leur enfant l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ainsi que la Haute Autorité de Santé (HAS) ont réglementé la préparation à la naissance et à la parentalité pour que celle-ci réponde à la demande des femmes de redevenir « actrices » de leur accouchement.

Les recommandations de l'OMS proposent la prise en charge des besoins physiques et psychologiques de la femme enceinte et du couple, le respect de leurs choix et de leurs attentes, un accompagnement et une information éclairée sur la grossesse, l'accouchement mais également sur les suites. La HAS a mis en place pour se faire les séances de préparation à la naissance et à la parentalité ainsi que l'entretien prénatal précoce. [2-4]

Malgré l'existence de toutes ces méthodes, selon l'enquête nationale de périnatalité 2016, 77,9% des primipares et seulement 33,8 % des multipares ont suivi une préparation à la naissance et à la parentalité [5]. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1956 la loi autorise le remboursement de six séances de préparation à la naissance. De plus, ces séances sont proposées par les sages-femmes libérales, territoriales mais aussi par les centres hospitaliers [1]. Bien que ces séances soient accessibles à toutes, j'ai pu m'apercevoir que de nombreuses patientes arrivent à la maternité inquiètes et peu renseignées sur ce qu'elles vont vivre en salle de naissance mais également après, avec leur bébé.

L'hypnose médicale est un sujet particulièrement étudié aujourd'hui [6]. De plus en plus de médecins se forment à cette pratique qui soigne et atténue bien des maux [7]. La Haute Autorité de Santé (HAS) cite même l'hypnose comme un moyen non médicamenteux de prendre en charge la douleur dans les recommandations sur l'accouchement normal parues en décembre 2017 [8]

Au cours de mes études de sage-femme, j'ai pu observer la pratique de l'hypnose prénatale, j'ai souhaité connaître le mécanisme de cette méthode naturelle.

L'hypnose accompagne les gestes médicaux vécus comme douloureux, elle aide à dépasser ses peurs, son anxiété et elle est préconisée pour se préparer à la naissance sans analgésie. C'est pourquoi pour ce travail de recherche, j'ai souhaité réaliser une revue de la littérature.

Cette revue de la littérature a pour but de faire connaître l'hypnose médicale pratiquée par les sages-femmes dans le cadre de la grossesse et quels en sont les bénéfices.

De ce souhait est née la problématique suivante : en quoi la préparation à la naissance et à la

parentalité hypnose réalisée par les sages-femmes impacte-elle le vécu de la grossesse ?

Les objectifs de ce travail sont d'évaluer la place de l'hypnose comme un moyen non médicamenteux efficace pour soulager les douleurs des femmes enceintes ainsi que leur anxiété au cours de la grossesse et identifier les bienfaits de l'hypnose sur les pathologies de la grossesse.

Et enfin les hypothèses élaborées sont : la préparation à la naissance hypnose favorise la relaxation de la femme au cours de la grossesse ; la préparation à la naissance hypnose permet de soulager les douleurs de la femme enceinte.

Dans un premier temps je définirai les concepts nécessaires à la bonne compréhension de ma problématique : l'hypnose, les maux de la grossesse et la préparation à la naissance et à la parentalité.

Puis je ferai une analyse des données de la littérature nationale et internationale concernant l'utilisation de l'hypnose au cours de la grossesse.

Enfin, j'analyserai et je discuterai les résultats de la revue de la littérature dans le but de proposer des axes d'amélioration pour la pratique professionnelle des sages-femmes.

## Partie 1

## 1. L'HYPNOSE

### 1.1. HISTORIQUE DE L'HYPNOSE

#### 1.1.1. Origine de l'hypnose

La pratique de l'hypnose est retrouvée dans différentes cultures et différentes civilisations dès la préhistoire. Des écrits sumériens datant de – 6000 avant J-C et traitant de l'Égypte Ancienne relatent différents états de conscience.

Plus tard, c'est dans la Grèce Antique que Pythagore (-580- -495 avant J-C) « admettait l'existence d'un fluide subtil émanant de tous les corps ». [9] Toujours à l'antiquité, puis retrouvé dans les ethnies « primitives », la transe hypnotique est utilisée à visée curative ou rituelle. [10]. Socrate (-470 - -399 avant J-C) plaçait ses auditeurs dans un état modifié de conscience afin de créer chez eux le doute [9].

Au Moyen-âge, les guérisseurs et les sorciers utilisent la transe hypnotique pour accéder à un état de conscience modifié et induire la guérison. Cette pratique est condamnée mais survit grâce aux spectacles qui mettent en scène des sujets manipulés grâce à l'augmentation de la suggestibilité. [11] De tout temps on a retrouvé la transe hypnotique dans les rites chamaniques et dans la religion au cours des extases, des convulsions mais aussi des diverses figurations de la passion et des supplices, des martyrs [9].

#### 1.1.2. Le XVIIème siècle, Franz Anton Mesmer

Franz Anton Mesmer (1734-1815), médecin Viennois, cherche à donner une explication plus scientifique du monde, ce qui marque une transition entre le magnétisme et la science. Il reprend les travaux de Paracelse, Van Helmont et Maxwell et élabore la théorie du magnétisme animal en 1775. Pour Franz Anton Mesmer il existe un fluide qui emplit l'univers et qui lie tous les éléments, les Hommes, Terre et Corps célestes, ensembles [9]. Pour Mesmer, la maladie est due à une mauvaise conductance du fluide dans le corps.

Il instaure les premiers principes de l'hypnose en créant un état de conscience particulier à l'origine d'une abréaction. Il n'utilise pas la suggestion mais la prétention de posséder un secret pour capter et distribuer l'énergie cosmique et lui attribuer les effets qu'il souhaite [12].

En 1784 Louis XVI nomme deux commissions afin d'examiner l'existence de ce fameux fluide animal. Les expériences menées concluent à l'inexistence du fluide animal et attribuent la guérison des patients à leur propre imagination [10].

Le marquis de Puységur (1751-1825), élève de Mesmer, découvre fortuitement le somnambulisme artificiel (ou somnambulisme conscient qui sera ensuite appelé transe hypnotique), un état dans lequel le patient a accès à des connaissances que son état habituel ne permet pas d'apprécier [13]. En 1784, il déclare que le soignant n'est qu'un vecteur car le travail de guérison est effectué par le patient lui-même : « l'homme qui magnétisera avec le plus de succès ne devra jamais en tirer vanité » [14].

### 1.1.3. L'hypnose au XIXème siècle, James Braid

James Braid (1795-1860), chirurgien Écossais, va poursuivre les travaux de Mesmer et de ses disciples. Rapidement convaincu par le magnétisme, Braid en remplace le terme par celui d'hypnotisme [10]. Il est le premier à étudier l'hypnose scientifique qu'il pratique en utilisant la fixation d'un point et les suggestions pour induire ce qu'il appelle un « sommeil nerveux » [9].

### 1.1.4. Fin XIXème, début XXème : Nancy contre la Salpêtrière

Le professeur Bernheim (1840-1919) et le médecin généraliste Liébault (1823-1904) sont les leaders de l'école de Nancy. Ces derniers vont établir que l'hypnose est un phénomène naturel qui s'appuie sur des phénomènes physiologiques. L'école de Nancy montre alors l'importance de la suggestion et utilise l'hypnose à des fins thérapeutiques, en partant du principe que toute personne, possède en elle les ressources pour guérir [10].

A l'école de Nancy s'oppose l'école de la Salpêtrière à Paris où Charcot (1825-1893) décrit l'hypnose comme l'association de la léthargie, catalepsie et somnambulisme. En effet, Charcot considère l'hypnose comme une manifestation de l'hystérie.

Freud (1856-1939) travaille auprès de Charcot à Paris et utilise la suggestion hypnotique avec ses patientes. Il rend ensuite visite à Bernheim et à Liébault à Nancy en 1889. [1, 2, 14]

### 1.1.5. Le XXème siècle, Milton Erickson

Milton Erickson né dans le Nevada en 1901 est atteint de troubles fonctionnels congénitaux. A 17 ans il développe une poliomyélite et expérimente sur lui-même ses théories hypnotiques. La particularité de l'hypnose d'Erickson est qu'elle considère que chaque patient a, au fond de lui, les ressources nécessaires pour réagir de manière appropriée aux situations qu'il rencontre. Son travail consiste donc à savoir utiliser les possibilités propres du patient pour l'amener à la guérison.

Aujourd'hui c'est l'hypnose Ericksonienne qui est la plus pratiquée [10].

## 1.2. QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ?

### 1.2.1. Définition

Le Larousse définit l'hypnose comme un « état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion » [15]. L'institut Français d'Hypnose (IFH) précise que l'état d'hypnose correspond au « moment de conscience où les choses sont perçues autrement » [16].

Se mettre intentionnellement en état d'hypnose dans un but de détente, de soin ou simplement pour son évolution personnelle constitue le principe d'autohypnose [16].

De même qu'il existe différents états de sommeil il existe différents états de veille et différentes manières de pratiquer hypnose et autohypnose. Malgré ce que l'on peut croire, il est impossible d'hypnotiser quelqu'un contre sa volonté. C'est pourquoi, toute hypnose est autohypnose [17].

### 1.2.2. Qu'est-ce que la transe hypnotique

La transe hypnotique est la fixation de l'attention sur ce qui se passe à l'intérieur de soi avec une diminution (et non pas une absence) de la conscience du monde extérieur [17].

Notre cerveau est une structure complexe et puissante qui possède un rôle important dans l'état de transe hypnotique. Le cerveau gauche est le cerveau de la logique, c'est avec lui que nous raisonnons, construisons nos idées et notre langage, distinguons ce qui est passé, présent ou futur. C'est le cerveau de la volonté, qui analyse et organise. Le cerveau droit quant à lui, représente l'esprit inconscient. Il nous permet de donner des réponses automatiques, d'associer le ton et la gestuelle au discours pour lui donner du sens. C'est le cerveau des émotions, du rêve, de la pensée et de l'imagination [17].

La transe hypnotique peut être spontanée puisque notre cerveau se met en état de transe spontanément tous les jours, en toute sécurité. Elle peut également être induite par un professionnel ou par soi-même ce qui constitue le principe de l'autohypnose [17].

### 1.2.3. La suggestion hypnotique

Pour Bernheim la suggestion est un phénomène naturel. Il parle alors de crédibilité, phénomène au cours duquel chaque idée suggère d'autres idées qui, elles, se transforment en sensations, émotions et images diverses. [18]

Les suggestions directes sont utilisées en début de séance afin de décrire la situation actuelle dans laquelle se trouve le sujet, ici et maintenant. Elles portent souvent sur le corps ou la respiration [14].

Les suggestions indirectes sont employées pour la thérapeutique. Elles permettent de décrire une autre situation grâce à des termes et des métaphores qui explorent des axes sensoriels propres au patient [14].

## 1.3. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'HYPNOSE

### 1.3.1. Indications de l'hypnose en médecine

D'après l'Institut Français d'Hypnose Humaniste et Ericksonienne il existe de nombreux champs d'applications de l'hypnose en médecine. L'hypnose permet d'atténuer voire de soigner les traumatismes, les dépressions, paralysies, la cécité, la surdité en passant par l'amnésie et les bégaiements. Son application comme analgésique/anesthésiant permet la préparation préopératoire mais aussi l'accouchement sans douleur. L'hypnose a un effet bénéfique sur les maladies de peau, ainsi que sur les addictions. [7]

L'hypnose permet de traiter aussi bien chez l'homme que chez la femme les troubles sexuels ou urinaires et peut être utilisée comme analgésique lors de la pose des dispositifs intra-utérins (DIU), lors du traitement par laser de lésions vulvo-vaginales ou lésions du col. Son emploi en Procréation Médicalement Assistée (PMA) est également cité au cours des ponctions d'ovocytes ou des transferts d'embryons. [7]

L'hypnose est utilisée au cours des maladies organiques graves et au cours de la grossesse

afin d'atténuer les angoisses et les douleurs. [7]

### 1.3.2. Contre-indications et dangers de l'hypnose

L'hypnose est contre-indiquée chez les personnes présentant des troubles psychiatriques en raison du risque de décompensation. Il existe une contre-indication relative pour les personnes déficientes intellectuellement, les personnes présentant une surdité ou une barrière linguistique et les enfants de moins de trois ans à cause du défaut de compréhension. [7]

Les dangers de l'hypnose sont faibles comparés à l'intérêt thérapeutique. Il peut cependant y avoir des effets secondaires allant des vertiges, nausées, difficultés au réveil jusqu'à l'aggravation des symptômes voire des réactions psychotiques (liées à une mauvaise application ou à des pathologies sous-jacentes). [19]

## 1.4. L'HYPNOSE EN PRATIQUE

### 1.4.1. Déroulement d'une séance d'hypnose

Il est tout d'abord important de créer une proximité dans l'espace entre le thérapeute et le patient qui sera appelée la proxémie. Ils peuvent se placer en diagonale de façon à pouvoir se voir sans pour autant être face-à-face. Le thérapeute synchronise ensuite ses postures avec celles du patient afin de montrer une écoute attentive.

La séance commence par un entretien qui permet de définir l'objectif, le contexte, d'évaluer les difficultés du patient et de rectifier les éventuelles croyances sur l'hypnose. Cette phase de discours va permettre au thérapeute de placer des « fusibles » qui laissent le patient libre de construire sa séance en contenu et en durée.

La phase suivante est l'induction de l'état hypnotique qui vise à transporter le patient ailleurs, dans un autre temps. Lorsque l'état hypnotique est induit, les suggestions directes et indirectes, personnalisées maintiennent le patient dans cet état de conscience modifiée.

Le patient sort ensuite de l'état d'hypnose par les repères physiques du moment et du lieu pour revenir « ici et maintenant » dans le présent.

La séance peut être suivie d'un entretien personnalisé qui aide le patient à trouver son auto-hypnose.

### 1.4.2. Qui peut se former à l'hypnose ?

La formation hypnose n'est pas réglementée en France. L'hypnose médicale doit cependant être dirigée par des professionnels médicaux qui ont des connaissances cliniques et thérapeutiques.

### 1.4.3. Quels types de formations

Différents types de formations s'adressent aux sages-femmes qui souhaitent pratiquer l'hypnose prénatale.

Tout d'abord il existe de courtes formations en hypnose prénatale proposées par des organismes de formation continue. Ce sont des sessions de 2 à 5 jours proposées pour un coût allant de 200 à 2000€. [20, 21]



Le Diplôme Universitaire (DU) d'hypnose est ouvert aux sages-femmes. Proposé par de plus en plus de villes en France, il se déroule sur une ou plusieurs années universitaires. C'est un diplôme complémentaire à la formation de sage-femme qui est reconnu par l'Ordre National des Sages-Femmes (ONSF). [22]

#### 1.4.4. Coût d'une séance d'hypnose

Lorsque la séance entre dans le cadre la préparation à la naissance elle est prise en charge à 100% comme toute préparation à la naissance. Une consultation d'hypnose pendant la grossesse pour agir sur les pathologies de grossesse ou l'anxiété peut être comptée comme une consultation avec un dépassement d'honoraire de 20€.

## 2. VIVRE SA GROSSESSE

### 2.1. L'ANXIÉTÉ DE LA FEMME ENCEINTE

#### 2.1.1. L'anxiété, l'angoisse

Le Larousse définit l'anxiété comme « une inquiétude pénible, une tension nerveuse causée par l'incertitude, l'attente » ou comme « un trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité ». [23]

Lorsque l'anxiété atteint un niveau de gravité on parle d'angoisse définie par le Larousse comme une « grave inquiétude, anxiété profonde née du sentiment d'une menace imminente mais vague » ou « sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminé et se manifestant par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques (spasmes, sudation, dyspnée, accélérations du rythme cardiaque, vertiges, etc) ». [24]

Cet état d'anxiété se manifeste par un état de stress. Le stress est défini comme « un état réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque » d'après le Larousse. [25]

#### 2.1.2. Le remaniement psychique de la femme enceinte

Monique Bydlowski, psychiatre et psychanalyste, reprend les recherches de Jean-Claude Racamier, psychanalyste, en 2001 et parle de la « transparence psychique de la grossesse ». En effet, la grossesse est considérée comme une crise maturative pendant laquelle se déroule un remaniement psychique de l'inconscient, du conscient et du préconscient. Ces changements entraînent un remaniement identitaire, la réémergence d'images, la réminiscence de scènes traumatiques et la résurgence de conflits infantiles. Ils vont également bouleverser les pulsions avec une avidité orale impressionnante ou au contraire des nausées et des vomissements. De même pour la pulsion génitale où on observe une flambée du désir ou un gel de la libido. [26]

#### 2.1.3. Anxiété spécifique à la grossesse

Dunkel Schetter (2011) et Huizink et al (2004) définissent l'anxiété spécifique à la grossesse

comme « un syndrome distinct se référant aux peurs exprimées par la femme au sujet de sa santé, de celle de son bébé, des expériences liées au suivi médical et à l'hospitalisation (incluant sa propre santé et même survie durant la grossesse), de l'accouchement imminent et ses suites, et enfin des préoccupations autour du rôle de mère ». [27]

Au premier trimestre l'anxiété concerne surtout la peur de perdre l'embryon, de perdre le contrôle sur leur corps aux vues des transformations importantes et rapides qui induisent des symptômes physiques (nausées, vomissements).

Au second semestre la peur de perdre le fœtus est toujours présente ainsi que celle de ne pas mener la grossesse à terme, d'attendre un nouveau-né anormal ou avec des malformations. C'est à cette période que la nécessité de protéger le fœtus est importante.

Au troisième trimestre l'accouchement devient l'élément anxiogène principal avec la peur du déclenchement, la peur de la douleur, la crainte de la perte de contrôle, de la perte de l'enfant ou de son mauvais état de santé. [28]

## 2.2. LES PETITS MAUX DE LA GROSSESSE

### 2.2.1. La première moitié de la grossesse

Dès le début de la grossesse des modifications s'opèrent et peuvent être gênantes voire invalidantes. La prise de poids régulière tout au long de la grossesse peut être source de mal-être chez la femme enceinte qui doit accepter son nouveau corps en perpétuel changement. De même que les symptômes de grossesse comme la somnolence, l'asthénie, la turgescence mammaire, les nausées et vomissements ou encore les modifications de l'appétit. De plus, l'augmentation physiologique de la fréquence cardiaque entraîne une dyspnée qui peut être invalidante. [29]

### 2.2.2. La seconde moitié de la grossesse

Au cours de la seconde moitié de la grossesse peuvent apparaître différents maux en lien avec la grossesse. La prise de poids est alors plus importante qu'en début de grossesse, le déplacement du centre de gravité entraîne des douleurs lombaires. L'anxiété qui augmente à l'approche du terme et les modifications physiques entraînent des insomnies et des douleurs diverses. De plus, les vergetures, les varices et les œdèmes peuvent survenir et être une gêne pour les femmes.

Différentes pathologies peuvent survenir au cours de la grossesse et être source de douleurs ou d'anxiété. [29]

## 3. PRÉPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITÉ (PNP)

### 3.1. HISTORIQUE

Dès 1880 Charcot propose de « préparer » les femmes pour leur accouchement. Read reprend ce concept avec l'accouchement sans crainte puis Pavlov développe l'accouchement sans

douleur. Le Dr Lamaze et le Dr Vellay créent une préparation fondée sur un entraînement physique régulier sur la respiration et les conditions physiques optimales. En 1956, le Pape Pie XII prend position pour l'accouchement sans douleur et le 1er juillet, l'assemblée nationale adopte le projet de remboursement de 6 séances préparatoires. En 1961 la préparation à la naissance s'inscrit dans la formation des Sages-femmes. Elle connaît ensuite un déclin avec le développement de la péridurale. C'est dans les années 70-80 que le concept évolue en préparation à la naissance et à la parentalité et se tourne plus vers un accompagnement de la femme et du couple. Le plan périnatalité 2005-2007 met en place l'entretien prénatal précoce du 4ème mois qui est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS)

Aujourd'hui la préparation à la naissance et à la parentalité continue d'évoluer. En effet il en existe différents types, de quoi s'adapter à chacune ! [1, 2]

### 3.2. PNP, DEFINITION ET OBJECTIF

La préparation à la naissance qui était au départ centrée sur la douleur de l'accouchement est aujourd'hui un accompagnement global de la femme, du couple et aboutit à l'élaboration du projet de naissance.

Les principaux objectifs de la PNP sont tout d'abord de créer des liens sécurisants pour la femme et le couple avec le réseau de santé périnatal, de les accompagner dans leurs choix et leurs décisions concernant la santé de la femme, sa grossesse, les modalités d'accouchement et le séjour à la maternité. Elle permet également de donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né, d'encourager l'allaitement maternel ainsi qu'un mode de vie sain pour la femme et le couple. La PNP doit représenter un soutien pour la construction harmonieuse des liens familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant et à l'association de la vie de couple et de la vie de parents. C'est dans un contexte de prévention qu'elle permet de faire la promotion de la santé du nourrisson en termes d'alimentation, de sécurité et de développement psychomoteur. L'accompagnement des femmes et des couples assure un soutien affectif au cours de la grossesse, de la naissance puis au retour à domicile et prévient les troubles de la relation mère-enfant et les dépressions du post-partum. Enfin, la PNP permet d'encourager les échanges et le partage d'expérience à partir des préoccupations des parents avant et après la naissance. [1, 2]

### 3.3. LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS ET DE LA HAS

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié des recommandations qui visent à promouvoir des soins périnataux de qualité. Les axes principaux sont :

- la prise en compte des besoins physiques, émotionnels et psychosociaux de la femme enceinte, des nouveau-nés, des pères et des familles durant la grossesse, un accompagnement et un soutien au moment de la naissance et de la préparation à la fonction de parent ;
- des soins périnataux axés sur les besoins de chaque femme ou couple, le respect de leur personnalité et de leur dignité, le droit de prendre soi-même ses décisions ;
- l'accès à l'information comme une condition nécessaire pour toute décision qui concerne chaque femme ou couple ;

- un accompagnement personnalisé privilégiant la complémentarité des divers acteurs impliqués en périnatalité dans la continuité de la prise en charge

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande 8 séances de 45 minutes dont un Entretien Périnatal Individuel (EPI) réalisé au premier trimestre de grossesse. La durée et la fréquence des séances de préparation à la naissance peuvent varier selon les souhaits et les demandes du couple en accord avec la sage-femme qui anime la préparation à la naissance. L'HAS propose de réaliser deux séances après l'accouchement. [2-4]

### 3.4. DIVERSES METHODES DE PNP

Il existe différentes préparations à la naissance dont la plus connue, dite « classique » est la Psycho-Prophylaxie Obstétricale (PPO). Elle comprend des informations sur la grossesse, l'accouchement et les suites de couche, des exercices posturo-respiratoires et de la relaxation. [1]

La PNP sophrologie étudie la conscience et les moyens d'obtenir l'équilibre et l'harmonie. Elle est basée sur la relaxation dynamique et demande l'adhésion de la femme voire du couple. [1]

La PNP aquatique favorise la détente et le bien-être mental. Elle soulage les dorsalgies, permet un travail respiratoire et musculaire et améliore la circulation veineuse au niveau des jambes. [1]

La PNP yoga vise à créer une harmonie entre corps et esprit. Elle apprend à la femme à maîtriser des postures la soulageant mais aussi des techniques respiratoires spécifiques qui permettent le relâchement des muscles pelviens. [1]

La PNP chant prénatal est une prise de conscience du corps dans la détente et dans l'éveil. [1]

La PNP haptonomie prépare l'établissement du lien mère-enfant par une recherche de contact affectif et corporel avec le fœtus puis l'accueil de l'enfant. [1]

La PNP hypnose prépare la femme à être autonome le jour de son accouchement grâce à l'auto-hypnose qu'elle apprend au cours des séances. Elle va ainsi pouvoir gérer seule son stress et sa douleur. [19]

La méthode Bonapace permet au couple de se ré-approprier l'accouchement en offrant au conjoint la possibilité de participer au soulagement des douleurs et du stress de sa compagne. [30]

### 3.5. LA PNP EN PRATIQUE

Chaque femme enceinte est libre de choisir si elle veut pratiquer une préparation à la naissance, le type de préparation qu'elle souhaite et le/la sage-femme avec qui elle veut réaliser les séances. La préparation à la naissance est réalisable chez les sages-femmes en secteur libéral ou hospitalier. Les 8 séances de préparation à la naissance (7 séances + l'entretien individuel/en couple précoce) sont remboursées à 100% dans le forfait maternité. [2]

En pratique, selon l'enquête nationale de périnatalité 2016, 77,9% des primipares ont suivi une préparation à la naissance alors qu'on en comptait seulement 74% en 2010. L'Entretien Périnatal Précoce (EPP) est également plus répandu qu'en 2010 mais ne concerne encore que 28,5% des

femmes. Les multipares, en revanche ne sont que 33,8% à suivre les séances de préparation à la naissance en 2016. [5]

## Partie 2

## 1. MÉTHODOLOGIE

### 1.1. PROBLÉMATIQUE

Grâce à mon expérience en tant qu'étudiante sage-femme et à l'étude de la littérature j'ai pu élaborer la problématique suivante : en quoi la préparation à la naissance et à la parentalité hypnose réalisée par les sages-femmes impacte-elle le vécu de la grossesse ?

### 1.2. LES OBJECTIFS

#### 1.2.1. Bénéfices attendus

Grâce à ma revue de la littérature j'aurais aimé montrer que la préparation à la naissance hypnose aurait pu être un outil de relaxation et un moyen non médicamenteux de soulager les douleurs de la femme enceinte.

#### 1.2.2. L'objectif principal

Mon objectif principal a été d'évaluer la place de l'hypnose comme un moyen non médicamenteux efficace pour soulager les douleurs des femmes enceintes ainsi que leur anxiété au cours de la grossesse.

#### 1.2.3. L'objectif secondaire

Mon objectif secondaire a été d'identifier les bienfaits de l'hypnose sur les pathologies de la grossesse.

### 1.3. LES HYPOTHÈSES

- La préparation à la naissance hypnose favorise la relaxation de la femme au cours de la grossesse.
- La préparation à la naissance hypnose permet de soulager les douleurs de la femme enceinte.

### 1.4. CRITÈRES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE

Mes critères de jugement principaux sont la mesure de la douleur évaluée par l'Echelle Visuelle Analogique de la douleur (EVA), la prise d'antidouleurs (type, posologie), la mesure des contractions utérines (fréquence, intensité) ainsi que la mesure du stress et les paramètres maternels (Fréquence Cardiaque (FC), Pression Artérielle (PA), température),.

Mes critères de jugement secondaires sont la mesure de la Tension Artérielle (hypertendues), les contractions utérines et dilatation cervicale (Menaces d'accouchement prématuré), le nombre d'épisodes de vomissements par semaine et les paramètres fœtaux (rythme cardiaque fœtal (RCF), mouvements actifs fœtaux).

## 2. PRÉSENTATION DES ÉTUDES SÉLECTIONNÉES

### 2.1. ÉTUDE A

« Effects of hypnosis during pregnancy A psychophysiological study on »

« Apport de l'hypnose Ericksonienne dans la baisse du niveau d'anxiété prénatale chez la femme primigeste : étude de cas »

C. Grévin-Laroche et son équipe ont réalisé une étude interventionnelle/non interventionnelle parue en 2017 [31] auprès d'une femme enceinte, primigeste au troisième trimestre de sa grossesse. Trois phases (A, B, A') ont été définies à, respectivement, 31, 32 et 37 semaines d'aménorrhée. La phase A non interventionnelle a été suivie d'une phase B active, interventionnelle, utilisant l'hypnose Ericksonienne, puis d'une phase A' à nouveau non interventionnelle. Chaque séance, à chaque phase d'étude, a duré entre 25 et 30 minutes et a été réalisée au domicile de la patiente, confortablement installée.

Cette étude a évalué le niveau d'anxiété de la patiente par le questionnaire State Trait Anxiety Inventory (STAI), mesure des paramètres physiologiques de la patiente tels que la fréquence cardiaque, les pressions artérielles systoliques et diastoliques, les contractions utérines, le rythme cardiaque fœtal et la thermographie infrarouge du visage maternel.

#### 2.1.1. L'objectif

**L'objectif de l'étude a été de mettre en évidence et mesurer la contribution des séances d'hypnose ericksonienne sur le niveau d'anxiété prénatale d'une femme primigeste, au cours du dernier trimestre de grossesse.**

#### 2.1.2. Les résultats

La fréquence cardiaque :

La baisse de la fréquence cardiaque en phase d'hypnose (phase B) a été jugée non significative car trop faible. En revanche, le faible écart-type relevé au cours de la phase B a été révélateur de l'impact de l'hypnose au cours de la grossesse. En effet, au cours des phases A et A' (aux SA 31 et 37) le rythme cardiaque de la patiente n'a varié que très peu autour de la moyenne ce qui a traduit certainement au cours de ces séances « **un sentiment de mieux être** », **un apaisement**.

La pression artérielle maternelle :

Il a été possible d'observer un effet significatif de l'hypnose avec une baisse de la pression artérielle systolique au cours de la phase d'expérimentation avec, en revanche, peu d'effet sur la pression diastolique. Plusieurs semaines après la phase d'expérimentation, l'hypnose n'a plus aucun effet sur une diminution quelconque de la pression artérielle.

Les contractions utérines :



L'enregistrement des contractions utérines a montré clairement l'apport de l'hypnose sur leur fréquence d'apparition et sur leur intensité qui ont été diminuées.

La vitalité du fœtus :

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et l'étude de sa variabilité a montré que l'hypnose et la transe hypnotique n'ont aucun effet sur la forte variabilité du rythme cardiaque fœtal, montrant un fœtus très tonique, sans aucune souffrance.

Thermographie du visage :

La thermographie du visage de la patiente s'est peu modifiée au cours de la transe hypnotique cependant, cette cartographie a quelque peu changé au réveil avec une augmentation d'environ 1°C surtout au voisinage des voies respiratoires.

Modulation de l'anxiété :

Les 21 questionnaires remplis quotidiennement par la patiente ont permis de déterminer des scores de State Trait Anxiety Inventory (STAI). La phase hypnotique a eu un effet favorable statistiquement significatif sur le niveau anxieux rapporté par la patiente et d'autre part, le retrait de l'hypnose dans le suivi du sujet a eu des effets négatifs sur son degré d'anxiété.

**En conclusion, cette étude a montré un effet statistiquement significatif de l'hypnose prénatale sur la diminution de l'anxiété au cours de la grossesse bien que l'arrêt de celle-ci ait fait remonter cette même anxiété.**

## 2.2. ÉTUDE B

« Hypnosis antenatal training for childbirth : a randomised controlled trial »

« Formation prénatale d'hypnose pour l'accouchement: un essai contrôlé randomisé»

Cet essai contrôlé randomisé a été réalisé de décembre 2005 à décembre 2010 dans une maternité de niveau trois d'Australie du Sud [32] inclus 448 patientes réparties en 3 groupes.

Les patientes participant à l'étude ont été réparties en 3 groupes :

- Un groupe ayant bénéficié de 3 séances d'hypnose prénatales proposées par un hypnothérapeute et un CD reprenant ces séances ainsi qu'une quatrième préparant à l'accouchement.
- Un groupe ayant reçu le même CD que le premier groupe mais n'ayant pas eu de leçons en direct.
- Un groupe témoin n'ayant reçu ni leçons ni CD.

### 2.2.1. L'objectif

**L'objectif de l'étude a été de déterminer si une formation de groupe en hypnose prénatale aurait réduit les recours à l'analgésie péridurale au cours de l'accouchement.**

### 2.2.2. Les résultats

L'étude n'a pas montré de différence significative sur l'utilisation d'une analgésie au moment de l'accouchement dans les trois groupes. En effet, le groupe ayant reçu des leçons et un CD ont un taux de 81,2 % d'analgésie, 76,9 % dans le groupe CD contre 76,2 % dans le groupe témoin. Il n'y a pas de différence significative observée quant-au soulagement de la douleur perçu par les patientes.

**En conclusion, cette étude n'a pas pu montrer de diminution significative de l'utilisation d'analgésie, ni de la douleur perçue par les patientes.**

## 2.3. ÉTUDE C

« The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear »

« L'effet de la formation d'hypnobirthing donnée dans la période anténatale sur la douleur et la peur à la naissance »

Marie Mongan a développé une méthode appelée « hypnonaissance ». Il s'agit d'une formation au processus d'accouchement, aux techniques de relaxation, à l'hypnose, à l'imagerie, au toucher et à la respiration. Pour cette étude contrôlée randomisée 60 femmes enceintes ont été sélectionnées et réparties en deux groupes de 30 (un groupe témoin et un groupe expérimental). L'étude, parue en 2018, s'est déroulée à la maternité d'Adana en Turquie entre le 1er janvier 2015 et le 30 juin 2016 [33].

### 2.3.1. L'objectif

**L'objectif de l'étude a été d'identifier les effets de la formation à l'hypnonaissance suivie par les patientes au cours de la grossesse sur les douleurs et les peurs liées à l'accouchement.**

### 2.3.2. Les résultats

L'étude a été menée auprès de 60 femmes enceintes de fœtus singletons, primigestes, de 20 à 36 semaines de grossesse, ne présentant aucune pathologie, réparties au hasard en 2 groupes de 30 patientes. Les patientes qui ont reçu une analgésie ou une anesthésie pendant le travail ont été exclues de l'étude.

Le groupe expérimental a reçu une fois par semaine trois heures de formation et ce, pendant 4 semaines. Ces femmes ont été identifiées par un bracelet violet afin d'être reconnues des professionnels le jour de l'accouchement. En effet, la chercheuse a assisté les patientes de ce groupe en cours de travail afin de les soutenir dans leur respiration, leur relaxation, leur imagination et les exercices d'approfondissement enseignés pendant la formation.

Le groupe témoin n'a bénéficié d'aucun soutien, d'aucun soin particulier pendant la grossesse. Les patientes de ce groupe ont reçu des soins prénataux et un accouchement standards.

Les deux groupes ont rempli un formulaire de consentement éclairé et d'information au début de l'étude et ont été évalués par l'Échelle Visuelle Analogique (EVA) lors de l'accouchement. Un questionnaire sur l'attente / l'expérience de l'accouchement et le formulaire d'évaluation postnatale à la fin de l'accouchement leur ont également été distribués.

Les scores de l'Échelle Visuelle Analogique de la douleur (EVA) ont indiqué une différence statistiquement significative entre les groupes expérimental et témoin en phase latente, en phase active et en phase de transition ( $p < 0,05$ ). Comparé au groupe témoin, les patientes du groupe expérimental ont moins perçu la douleur au cours de la phase de dilatation.

Le questionnaire évaluant la peur des femmes à l'accouchement a montré chez les patientes du groupe expérimental des scores significativement inférieurs aux scores des patientes du groupe témoin. La formation à l'hypnopaissance aurait donc atténué la peur des femmes enceintes au moment de la naissance. De plus, les patientes ont déclaré que la formation à l'hypnopaissance « aidait à la relaxation », « donnait la paix et la confiance », « réduisait le sentiment de douleur » et « aidait à s'ajuster à l'environnement ».

D'autres différences significatives ont été relevées. 73,3 % (n=22) des participantes du groupe expérimental ont reçu une épisiotomie contre 50 % (n=15) des participantes du groupe témoin qui ont reçu une épisiotomie et une expression abdominale. En terme de durée de la naissance, aucune différence significative n'a été observée concernant la première phase du travail. En revanche, une différence de durée significative a pu être observée pour la seconde phase du travail. Dans le groupe expérimental la durée de la seconde phase a été de 20 minutes contre 30 minutes dans le groupe témoin. La troisième phase du travail a été significativement plus courte chez les patientes du groupe expérimental.

**En conclusion, cette étude a révélé que la formation au cours de la grossesse à l'hypnopaissance ainsi que sa pratique au cours de l'accouchement aurait réduit la douleur, ainsi que les peurs, à la naissance. De plus, elle aurait permis de réduire la durée des deuxièmes et troisièmes phases du travail.**

#### 2.4. ÉTUDE D

« An assessment of the value of hypnosis in pregnancy and labour »

« Une évaluation de l'intérêt de l'hypnose pendant la grossesse et le travail »

Cette étude parue en 1962 [34] a inclut 210 femmes enceintes réparties en 3 groupes de 70 patientes dans lesquels on a pu retrouver 45 primipares et 25 multipares. Le premier groupe a bénéficié de séances de préparation à la naissance hypnose au cours de la grossesse, le second de séances de préparation à la naissance relaxation et le troisième de séances standard de préparation à

la naissance.

#### 2.4.1. L'objectif

**Les objectifs de l'étude ont été de faire apprécier aux patientes leur grossesse et leur accouchement et d'évaluer l'impact de la relaxation physique et mentale au cours du travail. (Notamment en terme de durée du travail et d'utilisation d'analgésiques.)**

#### 2.4.2. Les résultats

Les primipares :

Dans le groupe ayant reçu une formation en auto-hypnose la durée moyenne du travail a été de 10 heures et 11 minutes contre 17h et 52 minutes dans le groupe témoin ayant reçu une préparation standard pour ce qui a été des primipares. Cette différence a été due à la réduction de la durée de la première phase du travail en moyenne de 8 heures et 56 minutes dans le groupe auto-hypnose contre 16 heures et 36 minutes dans le groupe contrôle. Le groupe relaxation s'est situé entre les deux mais plus proche du groupe témoin avec une durée totale de 16 heures et 30 minutes et une durée de la première phase de 15 heures et 10 minutes.

Le recours à l'analgésie médicamenteuse pendant le travail ou à l'anesthésie a été également significativement réduit dans le groupe auto-hypnose par rapport aux deux autres groupes. En effet, 30 (sur 45) patientes du groupe auto-hypnose n'ont eu recours à aucune anesthésie contre seulement 2 (sur 45) patientes du groupe contrôle et aucune (sur 45) patiente du groupe relaxation.

Les multipares :

Des résultats similaires ont été obtenus chez les patientes multipares. En effet la durée totale du travail a été en moyenne de 6 heures et 55 minutes avec une première phase de 6 heures et 21 minutes chez les femmes ayant pratiqué l'auto-hypnose au cours de la grossesse. Ces valeurs se sont opposées au groupe témoin où la durée totale a été de 10 heures et 20 minutes et de 9 heures et 45 minutes pour la première phase. A nouveau, le groupe relaxation s'est situé légèrement en-dessous du groupe témoin avec une durée totale de 10 heures et 9 minutes et une première phase de 9 heures et 28 minutes.

Pour ce qui a été du recours à l'analgésie médicamenteuse pendant le travail, sur les 25 patientes interrogées dans chaque groupe, 17 du groupe auto-hypnose n'ont reçu aucune analgésie contre 3 dans le groupe relaxation et 1 dans le groupe témoin.

Concernant le ressenti des patientes, le remplissage d'un questionnaire a montré que 46 % des patientes du groupe hypnose ont déclaré n'avoir senti aucune douleur pendant la première phase contre 4 % des patientes du groupe contrôle. Des résultats similaires ont été retrouvés pour la seconde phase du travail au cours de laquelle 24 % des patientes du groupe auto-hypnose n'ont ressenti aucune douleur contre 3 % des patientes du groupe témoin.

70 % des patientes du groupe auto-hypnose ont qualifié le travail d'agréable contre seulement 33 % du groupe témoin.

**En conclusion, cette étude a montré une réduction significative de la durée du travail et notamment de sa première phase dans le groupe ayant pratiqué l'auto-hypnose au cours de la grossesse. Le moindre recours aux analgésiques a été également significatif ( $p < 0,001$ ).**

## 2.5. ÉTUDE E

« Healthcare professionals' attitudes, knowledge and self-efficacy levels regarding the use of self-hypnosis in childbirth: A prospective questionnaire survey »

« Attitudes, connaissances et autonomie des professionnels de santé concernant l'utilisation de l'auto-hypnose à l'accouchement : une étude prospective par questionnaires »

Sophie McAllister et son équipe ont mené une étude prospective fondée sur des questionnaires en ligne dans deux grandes maternités de Londres [35]. Ces questionnaires ont été remplis par 101 sages-femmes (78%), 15 obstétriciens (12%) et 13 anesthésistes (10%) ce qui a fait un total de 129 réponses.

### 2.5.1. L'objectif

**L'objectif de l'étude a été d'évaluer l'expérience, les connaissances et le degré d'efficacité personnelle des professionnels de santé en ce qui a concerné l'utilisation de l'auto-hypnose au moment de l'accouchement.**

### 2.5.2. Les résultats

L'étude a été composée de 129 participants dont une majorité de femmes (91%). La population qui a participé à l'étude a été bien répartie au niveau des groupes d'âge. 59 % des participants n'ont suivi aucune formation en auto-hypnose préalablement, 28 % ont lu personnellement le sujet et 12 % ont suivi une formation formelle.

Les participants ont ensuite été invités à indiquer leur niveau de connaissance de l'hypnose au moment de l'accouchement ce qui a révélé que 56 % des participants ont peu connu l'hypnose. Les sages-femmes ont estimé mieux connaître l'hypnose que les médecins en effet 51 % des sages-femmes ont déclaré connaître de façon modérée ou extensive l'auto-hypnose au moment de l'accouchement contre seulement 21 % des médecins. Plus le score de connaissance a été élevé et plus le professionnel a eu une attitude positive, plus il s'est senti confiant lorsqu'il s'est occupé de femmes utilisant l'auto-hypnose. Le personnel médical ayant une plus grande connaissance de l'auto-hypnose a été plus enclin à l'utiliser personnellement lors de l'accouchement.

**En conclusion, cette étude a montré que les sages-femmes ont eu une meilleure connaissance de l'hypnose que les médecins et que cette connaissance les a amenées à une attitude plus positive, plus confiante.**

## 2.6. ÉTUDE F

« Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: a randomised controlled trial of clinical effectiveness »

« L'auto-hypnose au cours du travail pour la gestion de la douleur chez les femmes enceintes nullipares: un essai contrôlé randomisé d'efficacité clinique »

Cet essai contrôlé randomisé [36] a inclus 680 femmes enceintes nullipares avec une grossesse sans particularité. Cette population a été répartie en deux groupes, l'un recevant les soins habituels et l'autre recevant une brève formation à l'auto-hypnose de deux séances de 90 minutes entre 32 et 35 semaines de gestation complétées par un CD avec auto-hypnose quotidienne.

### 2.6.1. L'objectif

**L'objectif de l'étude a été d'évaluer l'effet de l'auto-hypnose prénatale chez les femmes nullipares en ce qui concerne l'utilisation de l'anesthésie péridurale pendant le travail.**

### 2.6.2. Les résultats

Sur les 680 patientes incluses dans l'étude aucune différence significative n'a pu être montrée en ce qui concerne l'utilisation de la péridurale (27,9 % dans le groupe hypnose contre 30,3 % dans le groupe contrôle).

Chez les femmes du groupe ayant bénéficié d'une formation en auto-hypnose les niveaux de peur et d'anxiété observés ont été plus faibles que prévu entre le début de l'étude (entre 32 et 35 semaines de gestation) et les 2 semaines suivant l'accouchement (anxiété : différence moyenne -0,72 et peur : différence moyenne -0,62)

**En conclusion, cette étude n'a pas permis de conclure à une réduction de l'utilisation de l'anesthésie péridurale au cours du travail. Cependant, il aurait été intéressant d'étudier d'autres variables telles que les bienfaits physiques et psychologiques. Concernant le stress et l'anxiété, les données ont demandé à être approfondies.**

## 2.7. ÉTUDE G

« Self-hypnosis for coping with labour pain : a randomised controlled trial »

« Auto-hypnose pour faire face à la douleur du travail : un essai contrôlé randomisé »

Cette étude menée au Danemark de juillet 2009 à août 2011 [37] a inclus 1222 femmes enceintes nullipares en bonne santé. Au cours de cet essai contrôlé randomisé à simple insu la population d'étude a été divisée en trois groupes. Le premier groupe a reçu 3 leçons d'une heure d'auto-hypnose avec des enregistrements audio, le second groupe a reçu 3 séances d'une heure de relaxation et des enregistrements audio pour une formation supplémentaire. Le troisième groupe a reçu des soins prénataux ordinaires.

### 2.7.1. L'objectif

**L'objectif de l'étude a été d'estimer l'utilisation de la péridurale ainsi que les douleurs ressenties par les patientes au cours de l'accouchement, après une courte formation prénatale en auto-hypnose afin de faciliter celui-ci.**

### 2.7.2. Les résultats

L'étude n'a montré aucune différence significative entre les groupes en ce qui concerne l'utilisation de la péridurale (31,2 % dans le groupe hypnose, 29,8 % dans le groupe relaxation, 30,0 % dans le groupe témoin). De plus, aucune différence significative n'a été observée entre les trois groupes pour les mesures de douleurs auto-déclarées.

**En conclusion, cette étude n'a pas permis de conclure à l'efficacité de l'hypnose prénatale tant pour réduire le nombre d'analgésies péridurales que pour réduire les douleurs auto-déclarées par les patientes.**

## 2.8. ÉTUDE H

« Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour »

« Conséquences inattendues: expériences vécues par les femmes lors d'une intervention d'auto-hypnose visant à soulager la douleur pendant le travail. »

Cet essai contrôlé randomisé paru en 2015 [38] a regroupé 678 participantes primipares dont 343 qui ont été placées dans le groupe intervention. Ce groupe a bénéficié de 2 séances de formation prénatale à l'auto-hypnose et d'un CD que les femmes ont été invitées à écouter tous les jours à partir de 32 semaines de gestation et ce, jusqu'à la naissance de leur bébé. Entre 8 et 12 semaines après la naissance les femmes volontaires ont été interrogées chez elles sur leur ressenti de l'accouchement. Cette étude a été menée de 2010 à 2013 dans le Nord-Ouest de l'Angleterre.

### 2.8.1. L'objectif

**L'objectif de l'étude a été d'apprécier les points de vues et les expériences des parturientes ayant utilisé l'auto-hypnose au cours du travail et de l'accouchement.**

### 2.8.2. Les résultats

Les résultats de l'étude ont été regroupés en cinq thèmes : « Calme dans un climat de peur », « De sceptique à Croyant », « Trouver mon espace », « Délais et Déceptions » et « Préférences personnelles ».

Toutes les femmes ayant participé à l'étude ont été anxieuses ou craintives. Ces sentiments ont souvent été exacerbés par les histoires négatives narrées par les proches mais encore par les émissions de télé-réalité touchant à la naissance. Cependant, après les séances d'auto-hypnose une partie des participantes a signalé se sentir plus calme et plus confiante malgré une appréhension pour

l'entrée en travail qu'elles ont pu désormais contrôler grâce à l'auto-hypnose apprise lors des séances.

La plupart des participantes ont été sceptiques vis-à-vis de l'intérêt des séances d'hypnose. Les écoutes quotidiennes du CD d'hypnose ont permis aux participantes de trouver plus facilement leur espace dans l'auto-hypnose.

Le point négatif souligné par les participantes a été la prise en charge hospitalière au moment du travail qui n'ont pas pris au sérieux leur travail d'auto-hypnose mis en place au cours de la grossesse. Pour d'autres, la pratique de l'auto-hypnose a augmenté leurs attentes qui n'ont pas toujours été satisfaites et ont laissé un sentiment de frustration voire de déception.

**En conclusion, cette étude a montré une réduction de l'anxiété remplacée par une sensation de calme, de confiance.**

## 2.9. ÉTUDE I

« Place de l'auto-hypnose dans la prise en charge de la douleur »

« Self-hypnosis in the treatment of pain »

Marie-Armelle Mubiri, Marion Richard et Antoine Bioy ont choisi de montrer à travers une revue de la littérature [39] les différents domaines d'application de l'auto-hypnose dans la gestion de la douleur.

### 2.9.1. L'objectif

**L'objectif de l'étude a été de rassembler différents résultats d'études afin de montrer contre quelles douleurs l'auto-hypnose a permis de lutter.**

### 2.9.2. Les résultats

L'auto-hypnose a montré son intérêt dans le domaine de la périnatalité. Les études qui ont été menées ont montré une diminution du temps de travail (en particulier chez les primipares), un moindre recours aux analgésiques et à la péridurale à l'accouchement réduisant ainsi les risques de mauvaise adaptation (APGAR). Il a semblé que l'auto-hypnose offre aux parturientes un accouchement plus satisfaisant en comparaison avec leurs expériences passées. La diminution de la douleur grâce à l'auto-hypnose a permis aux parturientes de se concentrer sur les étapes du travail et la descente de leur bébé. Il a fallu également souligner l'impact de l'auto-hypnose sur l'absence d'anxiété et de fatigue et l'augmentation de la confiance en soi et les pensées positives.

L'auto-hypnose a permis de diminuer la prise d'analgésiques au cours des soins mais également le temps d'intervention, l'anxiété du patient et d'améliorer sa stabilité hémodynamique lors des interventions invasives sur le rein. La préparation aux soins par l'auto-hypnose a réduit la douleur et l'anxiété liées à l'intervention. Par ailleurs, l'auto-hypnose a offert à ces patients une réduction de la sédation et du temps de récupération. L'intérêt de l'auto-hypnose dans la prise en charge des douleurs chroniques a été montré par différentes études. Elle aurait été efficace sur les céphalées chroniques ainsi que sur la fibromyalgie pour laquelle les mécanismes étiologiques sont restés mal



connus aujourd'hui. Ce constat a également pu être fait en ce qui a concerné la sclérose en plaque, les douleurs temporo-mandibulaires, les douleurs du membre fantôme, les douleurs cancéreuses, la drépanocytose mais aussi les douleurs dorsales.

En ce qui concerne l'enfant, l'auto-hypnose a également démontré son intérêt sur la prise en charge des douleurs liées aux soins, des douleurs chroniques telles que les maux de têtes, les douleurs abdominales et la drépanocytose.

**En conclusion, cette étude a montré une réduction du temps de travail, un moindre recours aux analgésiques ainsi qu'à la péridurale par réduction de la douleur et un accouchement plus satisfaisant pour les patientes que leurs expériences passées.**

## Partie 3

Après avoir présenté l'hypnose dans le cadre de la préparation à la naissance dans une première partie, la seconde partie se proposait de poser le questionnement de recherche, les hypothèses ainsi que les diverses études se rapportant à la problématique de cette revue de la littérature. Cette troisième partie a pour but d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses formulées au préalable et de proposer de nouvelles idées pour la pratique professionnelle des sages-femmes.

## **1. DISCUSSION DES RÉSULTATS**

### **1.1. L'HYPNOSE POUR SE RELAXER AU COURS DE LA GROSSESSE**

Au cours de la grossesse les remaniements psychiques entraînent une crise maturative avec des changements identitaires ainsi que la réémergence d'images, de scènes traumatiques ou de conflits infantiles. La transformation rapide et importante du corps au premier trimestre de grossesse génère des peurs voire même des angoisses chez la femme, qui se poursuivent tout au long de la grossesse. Au troisième trimestre, la peur de l'accouchement s'accroît avec en particulier la peur de perdre le contrôle et la peur de la douleur.

La première hypothèse soulevée est : « La préparation à la naissance hypnose favorise la relaxation de la femme au cours de la grossesse ».

L'étude A, menée par C. Grévin-Laroche et ses associés [31], a montré que l'écart-type de la fréquence cardiaque relevé au cours de la séance d'hypnose est plus faible qu'en dehors de l'hypnose. Cette réduction de l'écart-type traduit certainement « un sentiment de mieux-être », une diminution de l'anxiété.

Il est bien connu aujourd'hui que l'élévation de la pression artérielle dans notre corps traduit un sentiment d'anxiété. Des périodes d'hypertension peuvent survenir au cours de la grossesse ce qui peut selon la fréquence d'apparition et le taux, aller d'une hypertension sans conséquences pour la grossesse jusqu'à un inconfort de la patiente voire des dysfonctions placentaires graves. Au cours de l'étude, C. Grévin-Laroche et son équipe [31] ont pu montrer que l'hypnose entraînait une réduction significative de la pression artérielle systolique. Cependant, l'hypnose semble n'avoir que peu d'effet sur la pression artérielle diastolique. Cet effet de réduction de la pression artérielle systolique est observable au cours de la phase d'expérimentation par l'hypnose mais disparaît puisqu'il n'est plus constatable au bout de quelques semaines.

La température faciale reflète la thermorégulation cérébrale mais peut également être modifiée par le stress psychologique. L'étude A [31] a montré très peu de changement au niveau de la cartographie thermique du visage au cours de la transe hypnotique. Les auteurs avancent l'hypothèse que ce peu de changements serait dû au fait que « la patiente se positionne dans un environnement psychique isolé de l'extérieur » au cours de la séance d'hypnose. En revanche, à son réveil de la transe hypnotique, la patiente est submergée par une vague de chaleur qui se traduit par une élévation de la température notamment au voisinage des voies respiratoires. Cette augmentation, cette « onde de chaleur » fréquemment décrite par les patientes participant à l'hypnose est de l'ordre de 1°C. Cependant les auteurs restent évasifs sur les conclusions de cette augmentation de la

température du visage post-hypnose. En effet, les mécanismes mis en place au moment du réveil ainsi que les actions cérébrales modifiant à ce point la thermorégulation du visage sont encore mal connus aujourd'hui.

A la suite de l'étude [31], la patiente « a reconnu avoir ressenti un apaisement profond durant le cycle des séances d'hypnose, lui ayant permis indéniablement de maîtriser son anxiété, état serein qu'elle n'a pas retrouvé jusqu'au terme de l'étude. »

Nieminen et al. et Ternstrom et al. [40, 41] ont montré qu'il n'y avait pas de lien entre le niveau d'éducation et la peur ressentie au moment de la naissance. Cependant, Gao et al. [42] et Laursen et al. [43] ont montré qu'un faible niveau d'éducation était à l'origine de la peur à la naissance. L'étude C, menée par Filiz Yarici Atis et son équipe [33] a mis en évidence une relation statistiquement significative entre le niveau socio-économique et le niveau de peur à la naissance ce qui correspond aux données de la littérature. Les femmes ont déclaré au cours de cette étude que l'hypnonaissance « *aidait à la relaxation* », « *offrait paix et confiance en soi* » et « *aidait à s'adapter à l'environnement* ».

S. Downe et son équipe ont montré dans l'étude F [36] une meilleure réduction des niveaux d'anxiété et de stress ressentis au moment de l'accouchement chez les patientes du groupe hypnose que chez les patientes du groupe témoin. Néanmoins, les auteurs invitent à renouveler l'étude sur un plus grand nombre de personnes afin de pouvoir conclure à une véritable réduction des niveaux de stress et d'anxiété.

L'étude H [38] a permis aux auteurs d'interroger des femmes qui sont arrivées dans l'étude en se déclarant « *anxieuses, craintives et parfois sceptiques* ». Ces mêmes femmes après avoir terminé la formation d'auto-hypnose se sentaient « *confiantes, responsabilisées et rassurées* ».

Pour certaines patientes, la capacité à contrôler leur anxiété et à agir de façon calme et posée a compliqué la prise en charge hospitalière. En effet, les équipes médicales étant plus habituées à recevoir des patientes agitées, dans un état de détresse n'ont pas toujours pris au sérieux les signes d'entrée en travail. Les auteurs suggèrent que « *tout le personnel que les femmes peuvent rencontrer [doit être] conscient des normes comportementales pour les femmes utilisant l'auto-hypnose au cours du travail actif* ».

Pour certaines patientes, l'utilisation de l'auto-hypnose a suscité des attentes supplémentaires ce qui les a conduit à une déception lorsque le pré-travail, le travail et la naissance n'était pas à la hauteur de leurs « *attentes améliorées* ». Afin de pallier ce désagrément, les auteurs ont bien insisté sur l'imprévisibilité du travail et de l'accouchement pour que les patientes ne connaissent pas trop de déceptions.

L'analyse des études de la littérature nationale et internationale a permis d'affirmer l'hypothèse formulée à la base : « **La préparation à la naissance hypnose favorise la relaxation de la femme au cours de la grossesse** ».

## 1.2. L'HYPNOSE POUR SOULAGER LES DOULEURS DE LA GROSSESSE

Au cours de ma recherche dans la littérature nationale et internationale concernant l'hypnose prénatale et l'auto-hypnose apprise au cours de la grossesse, je n'ai pas pu trouver d'articles évaluant la gestion des douleurs de grossesse. Cependant, un certain nombre d'études évaluent pendant le travail et l'accouchement les bénéfices ou non d'une formation prénatale à l'hypnose. Le principal critère de jugement est l'utilisation ou non d'analgésiques pendant le travail, dont la péridurale.

L'étude B du docteur Cyna [32] a évalué l'impact de séances d'hypnose prénatale pendant le travail. Il s'avère que la formation hypnose au cours du troisième trimestre n'a pas influencé l'utilisation de l'analgésie pharmacologique pendant le travail et l'accouchement. Néanmoins, il est intéressant d'observer qu'au cœur du groupe interventionnel hypnose, les patientes utilisant en parallèle le yoga utilisaient moins l'analgésie que celles qui n'avaient que l'hypnose. Les auteurs restent sur la réserve concernant la conclusion de cette étude. En effet, ils suggèrent que les séances devraient être plus nombreuses et commencées tout au début du troisième trimestre. De plus, il semblerait que la disponibilité immédiate de la péridurale ait influencé les résultats.

L'étude C proposant une formation prénatale à l'hyponnaissance a recueilli les avis des patientes ayant participé à l'étude. Il s'est avéré que 100 % des participantes avaient déclaré que *« l'hyponnaissance avait eu des effets positifs sur la douleur et qu'elles pouvaient appliquer ce qu'elles avaient appris lors de la formation en accouchant »*. La totalité des patientes interrogées ont déclaré qu'elles recommanderaient l'hyponnaissance à leurs proches. Les résultats de l'étude montrent que les participantes du groupe expérimental qui ont reçu une formation par hypnose ont perçu moins de douleur pendant la phase de dilatation que les participantes du groupe témoin. Les auteurs concluent que les femmes ayant bénéficié de l'apprentissage de l'hyponnaissance et l'ayant utilisé à l'accouchement avaient moins de douleurs que les participantes du groupe témoin, ce qui est appuyé par les témoignages des participantes qui ont déclaré que l'hyponnaissance a réduit leur douleur.

L'étude D menée par Joséphine A. Davidson a montré que le recours à l'analgésie dans le groupe formé à l'auto-hypnose était moindre comparé aux autres groupes (groupe relaxation et groupe témoin). Ce constat a pu être fait chez les primipares comme chez les multipares. Le ressenti des patientes en terme de douleurs ressenties pendant la première phase du travail a pu mettre en évidence que les patientes du groupe hypnose ont ressenti moins de douleurs que les patientes des groupes témoin et relaxation. Les participantes du groupe hypnose ont été plus nombreuses à déclarer n'avoir ressenti aucune douleur que les patientes des deux autres groupes.

Cette étude [34], parue en 1962 montre que la préparation à la naissance par l'hypnose n'est pas récente. Il faut tout de même replacer l'étude dans son contexte historique. Les premières drogues analgésiques et anesthésiantes ont fait leur apparition en 1840. C'est seulement en 1901 que la technique de la ponction épidurale du canal rachidien à travers le hiatus sacré est découverte par

Sicard, chirurgien, et Cathelin, neurologue. [44] En 1931, Eugen Bogdan Aburel, chirurgien Roumain ayant exercé en gynécologie obstétrique [45] est le premier à administrer « *un anesthésique local par voie péridurale pour induire une anesthésie en cours de travail* ». [46] L'anesthésie péridurale a ensuite gagné en fiabilité grâce à l'utilisation de la lidocaïne à partir de 1948 puis de la bupivacaïne en 1963. [46] Ce n'est qu'à la fin des années 80 que l'utilisation de l'anesthésie péridurale a connu un essor considérable. Cette augmentation du nombre de péridurales était due au fait que Simone Veil avait étendu son remboursement par la sécurité sociale à toutes les femmes qui souhaitaient en profiter, sans conditions médicales. [47]

Lorsque l'étude D [34] a été menée l'anesthésie péridurale n'était pas encore utilisée comme elle peut l'être de nos jours. Cette étude montre donc une réduction des analgésiques telles que la péthidine, les opiacés ou encore le gaz au profit de l'hypnose.

S. Downe au cours de son étude évaluant l'efficacité de l'auto-hypnose prénatale chez les femmes nullipares en nombre de recours à la péridurale [36] n'a pas pu montrer de façon significative une baisse du nombre d'anesthésies péridurales grâce à la formation par auto-hypnose. L'auteur invite cependant à renouveler l'étude en incluant un plus grand nombre de patientes avant de pouvoir conclure.

L'étude G [37] menée par le docteur Werner et son équipe n'a montré aucune différence significative en ce qui concerne l'utilisation de l'auto-hypnose pour faire diminuer le taux d'anesthésies péridurales. Les auteurs soulignent que cette étude est en désaccord avec la littérature qui retrouve plusieurs études où l'hypnose soulagerait mieux les douleurs de l'accouchement que les soins standards. Cependant, ils insistent sur l'importance de connaître le mode d'étude et de recrutement. En effet, le fait que les patientes choisissent elles-même de participer au groupe hypnose pourrait fausser les résultats de la même manière qu'en menant une étude observationnelle où les participantes à l'hypnose seraient déjà renseignées sur la méthode. Les études qui montrent un effet bénéfique de l'hypnose ont eu tendance à proposer des interventions d'hypnose plus longues et commencées plus tôt dans la grossesse.

L'étude I [39], une revue de la littérature sur les différents domaines d'application de l'auto-hypnose commence par citer l'auto-hypnose et la périnatalité. Cette étude montre bien que la grossesse ainsi que le travail et la délivrance font partis des domaines cibles de l'auto-hypnose. Les auteurs ont relevé dans la littérature que l'auto-hypnose permettait aux patientes « *une dissociation vis-à-vis de la douleur leur ayant permis de rester présentes aux autres sensations, en substituant par exemple ces sensations douloureuses par des sensations de pression* ». Cette revue de la littérature n'étudie pas le recours à la péridurale mais l'intensité de la douleur ressentie par les patientes.

L'analyse des études de la littérature nationale et internationale n'a pas permis de répondre à l'hypothèse formulée à la base qui était : « **La préparation à la naissance hypnose permet de soulager les douleurs de la femme enceinte** » étant donné que toutes les études ont évalué la

diminution des douleurs au moment de l'accouchement et non pendant la grossesse.

### 1.3. L'HYPNOSE POUR RÉDUIRE LA DURÉE DU TRAVAIL, UN CONSTAT NON ATTENDU

L'étude C [33], menée en Turquie a bien montré que la durée de la première phase du travail n'était pas réduite de manière significative contrairement à la seconde phase qui passait de 30 minutes pour le groupe expérimental à 20 minutes en moyenne pour le groupe hypnose. Cette diminution au cours de la seconde phase du travail était significative avec  $p = 0,011$ . De la même façon la troisième phase du travail était réduite de façon significative. Ces résultats sont en accord avec une étude publiée en 1990, menée par Harmon et al. qui montrait que le temps de travail de 60 nullipares préparées à l'hypnose était réduit d'une heure. [48] Hao et al. ont également étudié la réduction du temps de travail dans le groupe formé par hypnose qui a montré une diminution significative entre le groupe expérimental et le groupe témoin sur les premières et deuxièmes phases du travail de femmes primipares [49].

L'étude D, [34] parue en 1962 montrait chez les nullipares comme chez les multipares une diminution de la durée moyenne du travail et de l'accouchement. Ce résultat s'expliquait par une réduction significative de la durée de la première phase du travail. La seconde et la troisième phase restaient inchangées entre les groupes hypnose, relaxation et témoin.

L'étude I, menée par le docteur Mubiri [39] a montré que « *dans la majorité des études, l'auto-hypnose permet une diminution du temps de travail (en particulier chez les primipares)* ».

Ces résultats semblent indiquer que l'auto-hypnose permettrait de réduire la durée du travail. Cependant, les données sont contradictoires quant-à savoir quelle partie du travail est diminuée.

## 2. PERSPECTIVES D'AVENIR

Après avoir étudié différents articles de la littérature internationale il semble évident que l'hypnose prénatale et l'auto-hypnose pratiquée au moment de la naissance ont des bienfaits notables. Cependant, les études restent controversées quant-à la diminution du nombre d'anesthésies péridurales.

Souvent connue du grand public sous le versant « hypnose de spectacle » grâce aux émissions télévisées, l'hypnose médicale est, elle, encore méconnue. De plus en plus de médecins se forment à l'hypnose médicale et de nombreuses recherches sont lancées dans ce domaine.

### 2.1. LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME

Le milieu du XXème siècle voit se développer la Psycho-Prophylaxie Obstétricale (PPO) qui deviendra la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) au XXIème siècle [1]. Les Sages-Femmes mettent alors en place un dispositif « de dépistage, d'accompagnement et d'information pour

la femme enceinte mais aussi pour le couple »[1]. Aujourd'hui les préparations à la naissance par la sophrologie, l'haptonomie, le yoga, la piscine, le chant prénatal mais aussi par l'hypnose se développent et sont proposées par des sages-femmes ayant suivi des formations complémentaires dans le domaine de leurs choix.

Malgré ces différentes offres, la psycho-prophylaxie obstétricale (PPO) reste la plus demandée et la plus suivie par les femmes. Une des principales raisons de ce choix est la non connaissance de l'existence d'autres types de préparations mais également la peur de ne pas apprendre les techniques de respirations, les postures à adopter pendant le pré-travail, les positions d'accouchement ainsi que l'alimentation du nouveau-né et le matériel à prévoir à la maison.

Les stages que j'ai pu faire au cours de mes années d'études m'ont permis de constater que les femmes recherchent ces apports très théoriques pour une première grossesse mais aussi pour les suivantes. Ils m'ont également permis de voir que les patientes souhaitent faire « de la préparation à la naissance » sans savoir qu'il en existe différents types, et, que les professionnels ne leur parlent pas de toutes les possibilités qu'il existe. C'est plus souvent pour une seconde ou une troisième grossesse qu'elles apprennent l'existence de différentes préparations à la naissance par « le bouche-à-oreille », où en cherchant à changer de type de séances par rapport à celles qu'elles avaient pratiquées pour la (les) première(s) grossesse(s).

Aujourd'hui les différentes préparations à la naissances sont présentées aux étudiants sages-femmes sous forme d'options, il serait intéressant qu'une brève intervention pour chacune des préparations soit proposée systématiquement dans le programme. Les étudiants sages-femmes seraient ainsi sensibilisés aux différents types de préparations et pourraient informer les patientes sur l'existence d'un large choix de préparations. Ces interventions permettraient également aux sages-femmes de choisir de participer à des formations complémentaires qui les intéressent dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) régit par le décret n°2011-2117 du 30 décembre 2011 [50].

Après un engouement particulier pour les postes hospitaliers, le métier de sage-femme se tourne maintenant plus vers le secteur libéral avec la fermeture des petits centres hospitaliers mais aussi les sorties de plus en plus précoces. Les durées de séjours en maternité sont aujourd'hui de 72 à 96 heures après un accouchement voie basse en sortie standard et au cours des 72 premières heures après un accouchement voie basse pour les sorties précoces [51]. Ces séjours de plus en plus courts favorisent l'activité des sages-femmes libérales qui sont amenées à pratiquer le suivi post-partum à domicile pour la jeune mère et le nouveau-né. Le nombre de sages-femmes libérales étant en augmentation (21 % des sages-femmes exerçaient en libéral au 31 décembre 2014 ce qui représentait une croissance de 11 % par an au minimum au cours des 5 dernières années [52]) une diversification de l'offre de soin en terme de préparations à la naissance serait la bienvenue.



## 2.2. DE NOUVELLES ÉTUDES POUR L'AVENIR

Mon objectif était de montrer que l'hypnose pouvait être un moyen non médicamenteux efficace pour soulager les douleurs des femmes enceintes mais aussi pour diminuer leur anxiété au cours de la grossesse. Mes recherches m'ont permis de sélectionner dans la littérature internationale des études au cours desquelles un groupe de femmes avait pu bénéficier pendant la grossesse d'une formation à l'auto-hypnose. Malheureusement, je n'ai pas pu trouver d'études évaluant la diminution des douleurs de la grossesse.

Je pense qu'il serait pertinent de lancer une étude au cours de laquelle les femmes qui bénéficieraient de séances d'hypnose régulières et commencées avant le troisième trimestre pourraient être interrogées sur leurs douleurs, leur sommeil, leur mal être et leurs angoisses pendant la grossesse.

Ma revue de la littérature s'est tournée uniquement vers l'hypnose prénatale mais il serait également intéressant de mener un travail similaire concernant l'hypnose per-natale pratiquée par les sages-femmes de salle de naissance comme un accompagnement pendant le travail. Ces perspectives ouvrent d'autres questionnements notamment sur les formations en hypnose suivies par les sages-femmes hospitalières mais surtout le temps dont elles disposent en conditions réelles d'exercice pour accompagner les patientes par l'hypnose.

Les situations que j'ai pu rencontrer au cours de mes stages m'ont appris que la majorité des femmes enceintes se trouvent face à des angoisses, des douleurs, des insomnies, des cauchemars, des changements physiques et psychologiques qui sont normaux mais qui peuvent être surprenants et source de stress. La sage-femme, « qui a la connaissance, l'expérience de la femme » [53] est souvent le premier interlocuteur de la femme et du couple. Elle suit la grossesse et son déroulement, pratique le suivi du travail ainsi que l'accouchement puis accompagne les jeunes parents dans le post-partum et le début de la vie en famille. La sage-femme a donc toute sa place dans l'utilisation de l'hypnose pré et per-natale auprès de la femme enceinte et du couple.

## Conclusion :

Un accompagnement personnalisé, un accès libre à l'information ainsi que la prise en compte des besoins physiques, émotionnels et psychosociaux des femmes enceintes, des nouveaux-nés, des pères et des familles est l'objectif principal de la préparation à la naissance et à la parentalité présenté par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [3, 4]. De plus, l'hypnose médicale, présentée par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme un moyen non médicamenteux de soulager les douleurs dans les recommandations parues en décembre 2017 semble être un atout chez la femme enceinte.

De ce constat est né l'objectif suivant : évaluer la place de l'hypnose comme un moyen non médicamenteux efficace pour soulager les douleurs des femmes enceintes ainsi que leur anxiété au cours de la grossesse.

Notre rôle en tant que sage-femme qui est d'accompagner tout au long de la grossesse, de l'accouchement mais également au cours de leur vie les femmes et les mères fait que nous sommes bien placées pour proposer la préparation à la naissance et à la parentalité hypnose afin de soulager les douleurs et l'anxiété des femmes enceintes. Cette affirmation a permis d'élaborer la problématique suivante : en quoi la préparation à la naissance et à la parentalité hypnose réalisée par les sages-femmes impacte-elle le vécu de la grossesse ?

De cette problématique sont nées différentes hypothèses : la préparation à la naissance hypnose favorise la relaxation de la femme au cours de la grossesse ; la préparation à la naissance hypnose permet de soulager les douleurs de la femme enceinte.

Notre revue de la littérature est composée de neuf études. En proposant des séances d'hypnose au cours de la grossesse et l'apprentissage de l'auto-hypnose, elle a prouvé que l'hypnose prénatale favorise la relaxation au cours de la grossesse mais également au moment de l'accouchement où les patientes ayant suivie les séances se sentent « *plus rassurées* » [38]. Elle a également montré que l'hypnose prénatale réduit l'intensité des douleurs ressenties au moment de l'accouchement sans réduire de façon significative le nombre de recours à l'anesthésie péridurale. Enfin, elle a mis en avant une réduction de la durée du travail chez les patientes ayant bénéficié de la préparation à la naissance par l'hypnose.

L'analyse des différentes études et l'affirmation ou l'infirmité des hypothèses émises nous permet de déduire que l'hypnose prénatale impacte la grossesse en réduisant l'anxiété, en favorisant la relaxation et ainsi le bien-être des femmes enceinte mais influence également l'accouchement en diminuant le temps de travail et les sensations douloureuses en permettant aux femmes d'être plus disponibles « *aux autres sensations* » [38].

Les études ont également montré que la préparation à la naissance hypnose est méconnue notamment par le corps médical [35].

Notre rôle en tant que sage-femme sera de renseigner les patientes dès l'entretien précoce

individuel (EPI) du quatrième mois sur les différentes méthodes de préparation à la naissance qu'il existe afin qu'elles puissent choisir une méthode qui leur convient. De plus, il sera important d'expliquer en quoi consiste ces méthodes et notamment l'hypnose prénatale qui est encore méconnue. Pouvoir informer les patientes signifie que les sages-femmes doivent être formées, savoir ce qu'est l'hypnose prénatale et connaître l'impact que celle-ci peut avoir sur la grossesse.

Se former à l'hypnose prénatale nous permettra de proposer un accompagnement de la grossesse ainsi qu'une préparation à l'accouchement avec l'apprentissage de l'auto-hypnose aux primipares comme aux multipares. Les sages-femmes formées à l'hypnose pourraient mieux comprendre les femmes préparées par cette méthode et continuer à les accompagner dans cette voie. La formation à l'hypnose des sages-femmes permettrait également de réduire la douleur et l'anxiété au cours du travail chez des femmes n'ayant pas pratiqué l'hypnose prénatale. Enfin, une évaluation de l'impact de l'hypnose prénatale sur les douleurs de grossesse uniquement pourrait être envisagée dans le cadre d'un projet professionnel, mais cela constituerait un autre travail de recherche.

## Bibliographie :

- [1] Campus.cerimes. Préparation à la naissance et à la parentalité, [en ligne]. (Consulté le 19/10/2018). Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/npn/site/html/cours.pdf>
- [2] Has-santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), [en ligne]. (Consulté le 17/10/2018). Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)
- [3] WHO. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive, [en ligne]. (Consulté le 20/10/2018). Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911-fre.pdf;jsessionid=A341BF9E1E333892673DAADC4F71A326?sequence=1>
- [4] WHO. Apporter des soins individualisés pour que l'accouchement soit une expérience positive, [en ligne]. (Consulté le 10/11/2018). Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/detail/15-02-2018-individualized-supportive-care-key-to-positive-childbirth-experience-says-who>
- [5] Epopé\_inserm. Enquête nationale périnatale, rapport 2016, [en ligne]. (Consulté le 10/11/2018). Disponible sur : [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)
- [6] INSERM. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, [en ligne]. (Consulté le 13/12/2018). Disponible sur : [https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm\\_RapportThematique\\_EvaluationEfficaciteHypnose\\_2015.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf)
- [7] Hypnose ericksonienne. Institut Français d'Hypnose Humaniste et Ericksonienne, [en ligne]. (Consulté le 23/09/2018). Disponible sur : <http://hypnose-ericksonienne.com/fr/sinformer/lhypnotherapie/>
- [8] HAS. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, [en ligne]. (Consulté le 13/12/2018). Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement\\_normal\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf)
- [9] Moreni A, Barber A. Origines et histoire de l'hypnose. Kinesither Rev. 2015 ; 15 (162) : 14-9.

- [10] Paqueron X, Musellec H, Bernard F. La transe au fil des âges (podcast). Le praticien en anesthésie réanimation. 2014 ; 18 : 205-11.
- [11] Collot E. Hypnose et hypnothérapie. EMC- Psychiatrie. 2015 ; 12(2) : 1-4.
- [12] Bioy A, Crocq L, Bachelart M. Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose. Annales Médico-Psychologiques. 2013 ; 171 : 658-61.
- [13] Encyclopaedia Universalis France. Hypnose.
- [14] Bellet P. L'hypnose. Paris : Odile Jacob ; 2002.
- [15] Larousse dictionnaire Français. Larousse, [en ligne]. (Consulté le 20/09/2018). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hypnose/41134>
- [16] Hypnose. L'institut Français d'Hypnose, [en ligne]. (Consulté le 20/09/2018). Disponible sur : <https://www.hypnose.fr/hypnose/definition-hypnose/>
- [17] Robles T, Abia J. Apprenons par l'autohypnose à cheminer dans la vie. Bruxelles : Editions SATAS ; 1998.
- [18] Laurens S. A propos de... De la suggestion pendant l'hypnose à la suggestion d'hypnose A propos de... « De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille » de Hippolyte Bernheim. L'évolution psychiatrique. 2005 ; 70 : 466-9.
- [19] Castro E. Hypnose et obstétrique en France : enquête auprès des professionnels formés à cette pratique [mémoire]. Ecole de Sages-femmes du CHRU de Lille. Université Lille II. 2010 ; 46p.
- [20] Formations pour les Sages-femmes. Medic Formation, [en ligne]. (Consulté e 28/11/2018). Disponible sur : <http://www.medicformation.fr/formations/formation-sages-femmes-c1-2019.htm>
- [21] Formations Sages-femmes 2019. ADCO, [en ligne]. (Consulté le 28/11/2018). Disponible sur : <https://www.adco-sages-femmes.com/formations-sage-femme-2019/>
- [22] Liste des titres de formations que le CNOSF autorise à mentionner sur les plaques, annuaires et imprimés professionnels. Ordre-sages-femmes, [en ligne]. (Consulté le 28/11/2018). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2018/06/Mise-%C3%A0-jour-Juin-2018.pdf>
- [23] Larousse dictionnaire Français. Larousse, [en ligne]. (Consulté le 16/10/2018). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxi%C3%A9t%C3%A9/4369>

[24] Larousse dictionnaire Français. Larousse, [en ligne]. (Consulté le 16/10/2018). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/angoisse/3528>

[25] Larousse dictionnaire Français. Larousse, [en ligne]. (Consulté le 16/10/2018). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stress/74848>

[26] Stern S, Dupeyron L. Remaniements pulsionnels autour de la grossesse. CAIRN.INFO [internet]. 2012 [Consulté le 19/10/2018] ; 4 (57) : [8p.]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2012-4-page-27.htm>

[27] Reeves N, Pelletier V, Schauder C, et al. Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse ; une étude longitudinale et qualitative. CAIRN.INFO [internet]. 2016 [Consulté le 19/10/2018] ; 1 (28) : [21 p.]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2016-1-page-43.htm>

[28] Reeves N, Wendland J. Style d'attachement, maternité et anxiété spécifique à la grossesse. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2017 ; 65 : 211-8.

[29] Campus.cerimes. Modifications physiologiques de la grossesse, [en ligne]. (Consulté le 19/10/2018). Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/modificationsphysiologiques/site/html/cours.pdf>

[30] Bonapace. Méthode Bonapace, [en ligne]. (Consulté le 20/10/2018). Disponible sur : <https://www.bonapace.com/fr/fondements-et-principes/>

#### Étude A :

[31] Grévin-Laroche C, Cheneau K, Josse E, et al. Apport de l'hypnose ericksonienne dans la baisse du niveau d'anxiété prénatale chez la femme primigeste : étude de cas. La revue Sage-Femme. 2017 ; 16: 349-56.

#### Étude B :

[32] Cyna AM, Crowther CA, Robinson JS, et al. Hypnosis Antenatal Training for Childbirth : a randomised controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth [internet]. 2013 (Consulté le 24/11/2018) ; 120 (10) : [12p.]. Disponible sur : <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.12320>

#### Étude C :

[33] Atis FZ, Rathfisch G. The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear. Complementary therapies in Clinical Practice. 2018 ; 33 : 77-84.

Étude D :

[34] Davidson A. An assessment of the value of hypnosis in pregnancy and labour. *British Medical Journal*. 1962 ; 2 : 951-3.

Étude E :

[35] McAllister S, Coxon K, Murrels T, et al. Healthcare professionals' attitudes, knowledge and self-efficacy levels regarding the use of self-hypnosis in childbirth : a prospective questionnaire survey. *Midwifery*. 2017 ; 47 : 8-14.

Étude F :

[36] Downe S, Finlayson K, Melvin C, et al. Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women : a randomised controlled trial of clinical effectiveness. *BJOG*. 2015 ; 122 : 1226-34.

Étude G :

[37] Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, et al. Self-hypnosis for coping with labour pain : a randomised controlled trial. *BJOG*. 2013 ; 120 : 346-53.

Étude H :

[38] Finlayson K, Downe S, Hinder S, et al. Unexpected consequences : women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015 ; 15 : 229-38.

Étude I :

[39] Mubiri MA, Richard M, Bioy A. Place de l'autohypnose dans la prise en charge de la douleur. *Douleurs Evaluation – Diagnostic – Traitement*. 2015 ; 16 : 116-23.

[40] Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*. 2009 ; 88 (7) : 807–13.

[41] Ternström E, Hildingsson I, Haines H, et al. Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women—findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*. 2015 ; 31 (4) : 445–50.

[42] Gao LL, Liu XJ, Fu BL, et al. Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: a cross-sectional questionnaire Survey. *Midwifery*. 2015 ; 31 : 865–70.

[43] Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish national birth cohort. *BJOG*. 2008 ; 115

(3) : 354–60.

[44] Char. Sicard Cathelin et l'anesthésie péridurale, [en ligne]. (Consulté le 20/02/2019). Disponible sur : <https://www.char-fr.net/Sicard-Cathelin-et-l-Anesthesie.html>

[45] Curularu I, Sandu L. Eugen Bogdan Aburel. Anesthesia. 1982 ; 37 : 663-9. [en ligne]. (Consulté le 20/02/2019) ; Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2044.1982.tb01279.x>

[46] Verzilli D, Viel E, Chanques G, et al. Anesthésie et analgésie péridurales (obstétrique exclue). EMC – Anesthésie-Réanimation. 1993 ; 1 : 24p. [en ligne]. (Consulté le 20/02/2019) ; Disponible sur : [https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/showarticlefile/224331/36-44709\\_plus.pdf](https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/showarticlefile/224331/36-44709_plus.pdf)

[47] Chowaniak M. Les femmes et la péridurale : entre autonomie et dépendance [mémoire]. École de Sages-femmes, UFR de médecine. Université de Nantes. 2013 ; 51p.

[48] Harmon TM, Hynan M, Tyre TE. Improved obstetric outcomes Using Hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education. J. Consult. Clin. Psychol. 1990 ; 58 (5) : 525-30.

[49] Hao TY, Li HY, Yao SF. Clinical study on shortening the birth process using psychological suggestion therapy. Zhonghua Hu Li Za Zhi. 1997 ; 32 (10) : 568-70.

[50] Legifrance. Décrets, arrêtés, circulaires, [en ligne]. (Consulté le 22/02/2019) ; Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.donumJO=0&dateJO=20120101&numTexte=19&pageDebut=00034&pageFin=00036](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.donumJO=0&dateJO=20120101&numTexte=19&pageDebut=00034&pageFin=00036)

[51] HAS. Sortie de maternité après un accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés, [en ligne]. (Consulté le 22/02/2019) ; Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche\\_de\\_synthese\\_-\\_sortie\\_de\\_maternite\\_apres\\_accouchement.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf)

[52] Ordre-sages-femmes. La démographie de la profession, [en ligne]. (Consulté le 22/02/2019) ; Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>

[53] Onisep. Sage-femme, [en ligne]. (Consulté le 22/02/2019) ; Disponible sur : <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/sage-femme>



## Table des matières :

Remerciements :.....	4
Sommaire :.....	6
Introduction :.....	8
Partie 1.....	10
1. L'HYPNOSE.....	11
1.1. HISTORIQUE DE L'HYPNOSE.....	11
1.1.1. Origine de l'hypnose.....	11
1.1.2. Le XVIIème siècle, Franz Anton Mesmer.....	11
1.1.3. L'hypnose au XIXème siècle, James Braid.....	12
1.1.4. Fin XIXème, début XXème : Nancy contre la Salpêtrière.....	12
1.1.5. Le XXème siècle, Milton Erickson.....	12
1.2. QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ?.....	12
1.2.1. Définition.....	12
1.2.2. Qu'est-ce que la transe hypnotique.....	13
1.2.3. La suggestion hypnotique.....	13
1.3. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'HYPNOSE.....	13
1.3.1. Indications de l'hypnose en médecine.....	13
1.3.2. Contre-indications et dangers de l'hypnose.....	14
1.4. L'HYPNOSE EN PRATIQUE.....	14
1.4.1. Déroulement d'une séance d'hypnose.....	14
1.4.2. Qui peut se former à l'hypnose ?.....	14
1.4.3. Quels types de formations.....	14
1.4.4. Coût d'une séance d'hypnose.....	15
2. VIVRE SA GROSSESSE.....	15
2.1. L'ANXIÉTÉ DE LA FEMME ENCEINTE.....	15
2.1.1. L'anxiété, l'angoisse.....	15
2.1.2. Le remaniement psychique de la femme enceinte.....	15
2.1.3. Anxiété spécifique à la grossesse.....	15
2.2. LES PETITS MAUX DE LA GROSSESSE.....	16
2.2.1. La première moitié de la grossesse.....	16
2.2.2. La seconde moitié de la grossesse.....	16
3. PRÉPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITÉ (PNP).....	16

3.1. HISTORIQUE.....	16
3.2. PNP, DEFINITION ET OBJECTIF.....	17
3.3. LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS ET DE LA HAS.....	17
3.4. DIVERSES METHODES DE PNP.....	18
3.5. LA PNP EN PRATIQUE.....	18
Partie 2.....	20
1. MÉTHODOLOGIE.....	21
1.1. PROBLÉMATIQUE.....	21
1.2. LES OBJECTIFS.....	21
1.2.1. Bénéfices attendus.....	21
1.2.2. L'objectif principal.....	21
1.2.3. L'objectif secondaire.....	21
1.3. LES HYPOTHÈSES.....	21
1.4. CRITÈRES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE.....	21
2. PRÉSENTATION DES ÉTUDES SÉLECTIONNÉES.....	22
2.1. ÉTUDE A.....	22
2.1.1. L'objectif.....	22
2.1.2. Les résultats.....	22
2.2. ÉTUDE B.....	23
2.2.1. L'objectif.....	23
2.2.2. Les résultats.....	23
2.3. ÉTUDE C.....	24
2.3.1. L'objectif.....	24
2.3.2. Les résultats.....	24
2.4. ÉTUDE D.....	25
2.4.1. L'objectif.....	26
2.4.2. Les résultats.....	26
2.5. ÉTUDE E.....	27
2.5.1. L'objectif.....	27
2.5.2. Les résultats.....	27
2.6. ÉTUDE F.....	27
2.6.1. L'objectif.....	28
2.6.2. Les résultats.....	28
2.7. ÉTUDE G.....	28

2.7.1. L'objectif.....	28
2.7.2. Les résultats.....	29
2.8. ÉTUDE H.....	29
2.8.1. L'objectif.....	29
2.8.2. Les résultats.....	29
2.9. ÉTUDE I.....	30
2.9.1. L'objectif.....	30
2.9.2. Les résultats.....	30
Partie 3.....	32
1. DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	33
1.1. L'HYPNOSE POUR SE RELAXER AU COURS DE LA GROSSESSE.....	33
1.2. L'HYPNOSE POUR SOULAGER LES DOULEURS DE LA GROSSESSE.....	35
1.3. L'HYPNOSE POUR RÉDUIRE LA DURÉE DU TRAVAIL, UN CONSTAT NON ATTENDU.....	37
2. PERSPECTIVES D'AVENIR.....	37
2.1. LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME.....	37
2.2. DE NOUVELLES ÉTUDES POUR L'AVENIR.....	39
Conclusion :	40
Bibliographie :	42
Table des matières :	47
Annexes :	50

**Annexes :**

## Annexe I

LE BACQUET DE MR. MESMER ou Représentation fidèle des Opérations du Magnétisme Animal.  
Issu du catalogue des estampes, dessins et cartes de la Bibliothèque de l'Arsenal / par Gaston Schéfer, 1894



## Annexe II

Le dernier exemplaire de baquet visible au Musée d'histoire de la faculté de médecine et de la pharmacie à Lyon.



## Annexe III

Préparation à la naissance et société. Source : Evelyne MOTHE, directrice de l'Ecole de Sages-Femmes de St Antoine (Paris)

Tableau 1 : Préparation de la naissance et Société

	Préparation de la naissance	Culture médicale	Place des femmes	Contexte historique
1850 1910	Hypnose Anesthésie	Médicaments modernes	Homme roi	Poussée industrielle
1930	Read <i>Accouchement sans crainte</i>	Information	Émancipation	Reprise économique
1950	Lamaze <i>Accouchement sans douleur</i>	Antibiotiques	Femme responsable	Reconstruction post-guerre
1970	Velay Leboyer Odent <i>PPO psychoprophylaxie obstétricale</i>	Psychologie	1968 : contraception IVG enfant roi	30 glorieuses
1990	Galactéros <i>Préparation à la naissance, de la naissance</i>	Communication	Égalité dans le couple	Récession économique Loisirs
2000	Nous Les femmes <i>Préparation à la parentalité</i>	Médecine holistique, éthique, représentation des usagers Judiciarisation Réflexion sur le corps en obstétrique De Gasquet	Recherche d'un juste équilibre social Nouvelle articulation travail- famille-loisirs	Reprise économique ? Ambivalence entre conflits/solidarité Mondialisation Économie de la santé T2A - CMU

Source : Evelyne MOTHE, directrice de l'Ecole de Sages-Femmes de St Antoine (Paris)





**L'hypnose comme préparation à la naissance et à la parentalité : quel impact sur le vécu de la grossesse ?**

Revue de la littérature

**Résumé :**

**Introduction :** Les femmes souhaitent de nos jours se réapproprier le moment de la naissance de leur enfant et pour se faire la préparation à la naissance s'est développée avec différentes méthodes dont certaines restent méconnues comme l'hypnose. C'est dans ce contexte que se pose la problématique suivante : en quoi la préparation à la naissance et à la parentalité hypnose réalisée par les sages-femmes impacte-elle le vécu de la grossesse ?

**Méthode :** Une revue de la littérature établie à partir de neuf études sélectionnées dans la littérature internationale entre 1962 et 2018 a été utilisée. L'objectif de l'étude a été d'évaluer la place de l'hypnose prénatale comme un moyen non médicamenteux de soulager les douleurs et l'anxiété de la femme enceinte.

**Résultats :** Ces neuf études ont permis de mettre en avant l'impact de l'hypnose prénatale sur la réduction de l'anxiété au cours de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que sur la réduction de la durée du travail. Elles ont pu montrer le manque d'information des sages-femmes sur l'hypnose prénatale et n'ont pas permis de conclure quant à l'impact de cette méthode de préparation à la naissance sur les douleurs de grossesse.

**Conclusion :** En tant que sages-femmes nous devons préparer les femmes à ce qu'elles vont vivre pendant la grossesse, l'accouchement et dans les suites de couches. Nous avons, pour se faire, la possibilité d'utiliser l'hypnose prénatale au cours de la grossesse afin d'accompagner les patientes jusqu'à l'accouchement de façon sereine et détendue.

**Mots-clés :** Préparation à la naissance – Hypnose – Auto-hypnose – Sage-femme

**Summary:**

**Introduction:** Nowadays women want to reclaim their child's birth. And in order to do so, the preparation for giving birth has been developed with different methods. Some of those methods, like hypnosis, remain unrecognized. In this context, the following problem has been raised: during the birth and the parenthood preparation by the midwife, in what way does hypnosis affect the experience of pregnancy?

**Method:** A literature review based on nine studies selected in the international literature between 1962 and 2018 has been used. The goal of this study was to determine if prenatal hypnosis as a drug-free treatment was a way to ease the pain and anxiety of pregnant women.

**Results:** These nine studies highlighted the impact of prenatal hypnosis on the reduction of anxiety during pregnancy and childbirth, as well as on the reduction of labor duration. They also were able to determine the lack of information from the health professionals on prenatal hypnosis. As a consequence they could not conclude regarding the impact of this method of birth preparation on the pregnancy pains.

**Conclusion:** As midwives we need to prepare women for what they will experience during the pregnancy, the childbirth and afterwards. To do so, we have the opportunity to use prenatal hypnosis during the pregnancy in order to help patients until the moment of the delivery in a calm and relaxed way.

**Keywords :** Preparation for childbirth – Hypnosis – Auto-hypnosis – Midwife