

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE  
PARIS VI

**MEMOIRE POUR LE DIPLOME UNIVERSITAIRE**

**HYPNOSE MEDICALE**

**Année 2008-2009**

---

Responsable de l'enseignement  
Docteur jean Marc BENHAIEM

Département d'anesthésie –réanimation  
UFR Pitié-Salpêtrière  
Professeur Pierre CORIAT

**PENSEE MAGIQUE ET OBSTETRIQUE**  
**A quelle heure allez vous accoucher ?**

Dr Franck BERNARD

CHP Saint Grégoire

35760 Saint Grégoire

[fbernard@cpa-sante.com](mailto:fbernard@cpa-sante.com)

A Justine, Louise, François et Violette  
Nos quatre enfants, tous nés après terme.

L'idée du bonheur, c'est déjà du bonheur  
Jacques Demy.

Un grand merci à tous ceux qui m'ont aidé à penser, réaliser et écrire ce mémoire.

## **Introduction**

Il est cinq heures du matin, le soleil est proche, c'est l'été. Une belle journée se prépare. Linda a trente-deux ans, elle vient de sonner à la porte de la maternité où son compagnon l'a déposée. Dehors, se lève le jour, qu'elle s'apprête à donner.

Elle pense avoir des contractions utérines depuis une heure mais n'en est pas sûre : c'est sa première grossesse. Cela fait peu de temps qu'elle habite la région elle n'a pu suivre les cours de préparation à l'accouchement, sa maman est morte et sa sœur a eu deux césariennes programmées.

« Vous êtes en début de travail, le col est dilaté à 3 cm »

Linda n'avait pas imaginé que cela se passerait ainsi. Elle n'avait d'ailleurs rien imaginé du tout. Son travail d'informaticien ne lui a laissé que peu de temps pour se préparer à cet accouchement, pour l'imaginer, pour en rêver. Elle est contente que la sage-femme soit un peu directive. Elle aurait bien aimé que sa mère soit là aujourd'hui. Elle trouve les contractions utérines supportables, des sensations étranges qu'elle ne reconnaît pas ; elle ne peut reconnaître ce qu'elle n'a jamais connu.

La couleurs ternes de la salle de travail, l'horloge Pampers en face du lit, les scialytiques qui aveuglent le jour qui n'est pas invité, la cavalcade rapide d'un cœur qui n'est pas le sien, les sangles autour de son ventre, la pression du brassard, la morsure de la perfusion à gauche et ces contractions mystérieuses. Linda est ici et ailleurs. Le temps s'est arrêté.

La sage-femme vient souvent, le travail n'avance pas vite dit-elle mais il avance. Elle installe une seringue verte à gauche du lit et branche des tuyaux à la perfusion, la seringue sonne souvent, c'est désagréable. Linda trouve que le ventre devient tendu, les contractions sont douloureuses. Elle a l'impression que le temps est reparti mais que les choses lui échappent. Le produit dans la seringue augmente les contractions, les sensations du corps deviennent les sensations du produit : Linda s'inquiète, Linda a mal.

L'anesthésiste a été appelé, ce n'est pas celui que Linda a vu en consultation, ce n'est pas grave : tout plutôt que ces crampes abominables qui lui labourent le ventre et lui blessent l'âme. Un moment l'idée lui effleure l'esprit qu'elle pourrait rester paralysée.

L'anesthésiste et son aide l'installent en position assise et la bercent doucement d'avant en arrière. L'esprit est apaisé par les paroles et par ces bercements du corps réconcilié.

Une fois la péridurale posée, Linda se sent mieux. L'anesthésiste installe à son tour une seringue et lui confie une petite poire sur laquelle elle peut appuyer si elle souhaite que la machine lui délivre du produit en plus de ce lui qu'elle reçoit déjà. Il va quitter la pièce quand soudain semblant se raviser il se rapproche d'elle et innocemment lui demande :

« A quelle heure accouchez-vous ? »

- Euh, je ne sais pas, le plus tôt possible, on ne m'a pas dit... »

- Qui à votre avis peut savoir à quelle heure vous accouchez ? : Certainement pas moi.

Dit l'anesthésiste en souriant.

- Pas la sage-femme non plus – elle nous l'aurait dit - ni l'obstétricien – d'ailleurs vous ne l'avez pas vu - non : il n'y a que deux personnes au monde qui savent à quelle heure vous allez accoucher.

Continue-t-il doucement.

- Vous et votre bébé. Comme je ne vais pas demander au bébé je vous le demande à vous : à quelle heure allez-vous accoucher ? »

Linda se sent toute perdue dans une confusion à laquelle elle n'est pas habituée, elle s'immobilise. Le médecin s'approche d'elle et, lui désignant la pendule en face d'elle, lui dit :

« Regardez cette pendule... vos yeux peuvent apercevoir le mouvement des aiguilles : la verte, la petite et la grande jaune... vos yeux peuvent-ils voir cela ? »

Un hochement discret de la tête en guise d'acquiescement.

- Peut être que vos oreilles peuvent entendre le tic tac, peut être que même une partie de vous peut percevoir les vibrations des aiguilles qui avancent... »

Nouveau hochement de tête, les yeux de Linda semblent fixés au loin.

- Je vais proposer à vos yeux de suivre la trotteuse, de suivre son mouvement tout autour du cadran, le mouvement du temps, du temps qui détend, tant de temps, tant détendu...et puis quand ils en auront l'habitude, les yeux vont pouvoir se fermer et continuer à suivre derrière les paupières, les mouvements de l'aiguille jaune, les petits sauts de cette aiguille, et puis aussi observer les moments où l'aiguille

s'arrête entre deux petits sauts. Les moments où le temps s'arrête. Il est sept heures trente, à quelle heure accouchez-vous ?

Une hésitation.

- A quelle heure la naissance de votre bébé ?

- Neuf heures trente.

- Bien, très bien, vous pouvez maintenant profiter d'un petit moment de confort, de détente agréable, des couleurs, des formes qui vous plaisent, des sons qui sont comme des mélodies ou tout autre chose et sentir le calme, la tranquillité qui s'installe...paisiblement et puis quand vous le souhaiterez, vous pourrez à nouveau ouvrir les yeux, retrouver la pièce ici...je vous laisse, à tout à l'heure. »

Naissance de Alice à 9h 40.

## Etat des lieux

Cette femme comme la plupart des femmes dont je m'occupe à la maternité, où je travaille, a bénéficié d'un accompagnement de type hypnotique.

Il s'agit d'une maternité d'environ 3000 accouchements par an dans laquelle nous sommes 20 anesthésistes à prendre des gardes. La garde dure 24 h, commence et finit à 8 heures du matin. Sur les 20 médecins, 13 ont suivi une formation à l'hypnose. Les auxiliaires de puériculture qui nous aident à faire les péridurales ont toutes reçu une initiation de 9 jours à l'hypnose ; enfin, 80% des sages-femmes sont également formées à l'hypnose [1]. Ces chiffres sont importants car ils font apparaître le côté habituel de cette prise en charge et la cohérence de l'équipe intervenant auprès des femmes.

Je suis médecin anesthésiste réanimateur depuis plus de 20 ans et j'ai beaucoup travaillé en maternité. Rapidement pendant mon internat puis plus tard lors de mon clinat, il m'est apparu évident que la qualité de l'analgésie procurée par les péridurales dépendait beaucoup du degré d'anxiété de la parturiente, de sa préparation à l'accouchement et donc de la relation mise en place par le personnel soignant. La découverte de l'hypnose s'est imposée comme un moyen idéal de mettre en place une relation particulière au centre de laquelle la femme trouve une place active et sort de son rôle de « patiente » passive, auquel la médicalisation à l'extrême de la maternité et des naissances avait pu la conduire. L'alliance thérapeutique de qualité, pierre angulaire du soin [2], et l'autonomie donnée à la femme changent complètement la prise en charge en l'améliorant. [3][4]. Historiquement, c'est d'ailleurs à l'hypnose qu'on doit faire remonter les premiers éléments d'analgésie obstétricale non médicamenteuse [5].

Comme tous les anesthésistes qui travaillent dans des maternités et qui sont formés à l'hypnose [6] [7], nous utilisons plusieurs techniques qui varient en fonction de la situation. La femme qui arrive dans une maternité est souvent dans un état de « *conscience modifiée de conscience spontanée* » comme les appelle Didier Michaux [8]. Cet état catalyse l'induction hypnotique et permet rapidement de mettre en place des techniques classiques d'hypnose dont la plupart vont permettre de redonner du confort et de la sécurité à la femme. Les principales sont

Utilisation du mirroring (verbal, paraverbal et respiratoire)

Technique du lieu sûr

Technique du temps de sécurité

Technique du balancement de Waisblat

Parfois en attendant l'efficacité de la péridurale, il est proposé aux femmes des techniques qui permettent de modifier la perception des sensations qu'elles ont pour procurer une certaine analgésie

Technique du maillage (lieu sûr corporel)

Réification

Recadrage...

Nous ne nous étendrons pas dans ce mémoire sur ces techniques. Il nous a paru, par contre, intéressant de les citer de manière à aborder notre problématique de façon précise. Partant ainsi de l'existant pour aller vers le sujet de ce mémoire.

### **Les raisons de l'étude**

4 janvier 2007 – 3h00 du matin

Je suis de garde à la maternité, la journée a été chargée et cela fait peu de temps que je suis couché pour prendre un peu de repos. Le téléphone de garde sonne.

« - Césarienne, l'équipe est appelée, pouvez-vous venir

- Pour quelle patiente ?

- La dame salle 4, son travail n'avance pas depuis des heures. »

Je me dirige encore semi endormi vers le bloc obstétrical. La femme en question est une femme de 37 ans à qui j'ai posé la péridurale en début d'après-midi, elle était à 4 cm de dilatation du col utérin. Ce n'est pas la première fois que je suis appelé pour des césariennes sur stagnation du travail à un certain degré de dilatation du col sans qu'on comprenne exactement la cause. Tout semble correct, le bassin est normal, la présentation classique, le déroulement assez standard, il l'est souvent. Le scénario suivant est le plus fréquent : la femme est déclenchée pour des raisons de convenance personnelle ou en post terme, le col n'est pas extrêmement favorable et des prostaglandines sont apposées avant un déclenchement par de l'ocytocine de synthèse en intraveineuse, la dilatation stagne, la

femme s'épuise, parfois une fièvre puerpérale s'installe, le bébé montre des petits signes de souffrance fœtale et la césarienne est faite.

En parlant avec cette femme en salle de césarienne, une fois l'accouchement par césarienne pratiqué, j'ai l'idée qu'elle n'a pas « voulu » accoucher ; elle ne semble pas triste de ce que certaines auraient ressenti comme un échec. Il ne semble pas y avoir de rupture avec ce que les sages-femmes appellent « le projet de naissance ». Je commence alors à réfléchir aux moyens d'éviter ce type de situation. Plusieurs jours plus tard, je regarde un documentaire sur la vie du cinéaste Jacques Demy, une phrase me frappe dans les paroles d'Agnès Varda sa compagne :

« Jacques disait que l'idée du bonheur c'est déjà du bonheur »

Et si l'idée d'accoucher c'était déjà accoucher ? Je repense alors à ce congrès d'hypnose auquel je suis allé à Paris en décembre 2006 sur « Hypnose et magie » et plus particulièrement à cette intervention brillante de Stefano Colombo sur la pensée magique et les travaux de Piaget. Il me vient alors l'idée d'allier la puissance de la pensée magique et suggestions thérapeutiques.

Pendant la garde suivante, je commence à poser aux femmes cette question saugrenue :

« A quelle heure allez vous accoucher madame ? »

Les circonstances et ma connaissance de l'hypnose me permettent d'induire rapidement un état de transe et d'obtenir une réponse très précise.

Je vais poser cette question et mettre en place le protocole simple que j'ai décrit en introduction chez Linda. Je remarque alors que je ne suis plus appelé pour des stagnations inexplicables du travail. De plus les femmes semblent accoucher à une heure assez voisine de celle qu'elles ont donnée comme réponse à la question.

Hasard ? Chance ?

La rédaction d'un mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire d'hypnose médicale me fournit le prétexte à une étude. Pour obtenir plus de cas je réunis mes confrères intéressés par le protocole et nous décidons de colliger des cas pris au hasard.

## **But de l'étude**

Le but de l'étude est de déterminer si le fait d'appliquer le protocole « heure de l'accouchement » diminue ou pas le risque de pratiquer une césarienne.

Il semble licite d'éviter une césarienne car les données de la littérature sont en faveur d'une augmentation du risque de décès maternels en cas de césariennes, l'excès de risque provenant principalement de deux causes qui sont les embolies crurales et les hémorragies [9]. De plus les risques de morbidité fœtale semblent plus élevés lorsque la césarienne est réalisée alors qu'elle n'avait pas été programmée [10].

## **Méthodologie**

L'étude se déroule du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 1<sup>er</sup> juillet 2009, après accord du comité d'éthique local.

### Populations étudiées

74 femmes vont être incluses par tirage au sort parmi 652. Les 578 femmes restantes (652-74) vont servir de groupe témoin.

Dans les deux populations, il s'agit de primipares, recevant une perfusion de syntocinon\* en intraveineuse directe à la seringue auto pulsée (travail dirigé) selon le protocole suivant : 5 unités de syntocinon\* sont placées dans 500 ml de glucosé 5%. La dose initiale injectée est de 15 ml/h puis tous les 20 à 30mn, le débit est augmenté jusqu'à obtention d'un débit de 45ml/h qui est le débit optimal pour l'efficacité au niveau des récepteurs. Pour certaines parturientes des doses supérieures sont administrées sans jamais dépasser 90ml/h.

Les femmes sont à terme ou ont dépassé le terme de 4 jours au maximum.

Toutes les femmes (population témoin et population hypnose) ont donné naissance entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 16 août 2009.

Sont exclues de la population témoin : toutes les femmes ayant eu une césarienne programmée à l'avance, à la date prévue pour cette césarienne programmée ou à une date antérieure (par exemple est exclue une femme devant être césarisée pour siège et venant avant la date prévue de la césarienne parce qu'elle est en travail).

Sont également exclues : les femmes ayant accouché sans péridurale et celles qui n'ont pas reçu de syntocinon\* en intraveineuse (une toute petite minorité).

### Description du protocole

6 médecins anesthésistes participent au protocole mis en place. Ce sont tous des médecins formés à l'hypnose et pratiquant l'hypnose médicale de façon pluriquotidienne dans l'exercice de leur art, depuis plus de 2 ans. Un enseignement d'hypnose initial identique pour tous ces médecins, formés par le Dr C. Virot et l'institut « Emergences » de Rennes, et des séances d'intervision fréquentes permettent de penser que les techniques utilisées par ces médecins, pour réaliser l'hypnose, sont relativement similaires.

L'anesthésiste attend d'être appelé par la sage-femme pour poser la péridurale. Après la mise en place du cathéter dans l'espace péridural (monté de 3 cm) et la fixation, une pompe PCEA est mise en route. Une dose initiale de chirocaïne 0,25% est injectée (( taille en cm – 100)/10) en ml puis une dose d'entretien est instituée avec de la chirocaïne 0,125% et du sufentanil à la dose de 15 microgrammes pour 60 ml : ((taille en cm – 100)/10) en ml/h. La pompe PCEA autorise des bolus supplémentaires de 6ml avec un intervalle libre d'interdiction de 13 minutes. Toutes les péridurales sont efficaces, l'analgésie est évaluée par les sages-femmes avec des échelles numériques.

Une fois la péridurale installée et le monitoring cardio-foetal reposé, l'anesthésiste pose alors la question à la femme qui est allongée en décubitus dorsal.

« A quelle heure allez-vous accoucher ? »

Devant la non-réponse ou une réponse imprécise, il propose alors à la femme, après un bref repérage sensoriel dans la salle d'accouchement, de fixer la pendule en face d'elle et de suivre la trotteuse. La fixation de l'aiguille induit une focalisation qui permet l'induction hypnotique. Le langage verbal utilisant truismes, suggestions très ouvertes et confusions, le langage para verbal (modifications du timbre et du rythme de la voix) et non verbal (mise en position miroir avec le regard de la parturiente, immobilité du thérapeute, synchronie respiratoire) potentialisent le phénomène jusqu'à la suggestion de fermeture des yeux. La question est alors posée de nouveau avec patience jusqu'à obtention d'une réponse. Sont données ensuite des suggestions de confort de calme puis le retour à une conscience critique (état de veille ordinaire) est fait.

### Paramètres recueillis

Age de la patiente, type de présentation, heure de la péridurale, heure prévue de l'accouchement par la parturiente, heure réelle de l'accouchement, mode d'accouchement (césarienne ou accouchement par voie basse).

### Méthode statistique

Le test du Khi 2 est appliqué pour comparer les chiffres obtenus chez les femmes ayant bénéficié du protocole avec ceux de la population témoin.

## Résultats

74 femmes ont participé à l'étude. 4 ont dû avoir une césarienne pour stagnation du travail. Les tableaux regroupant tous les cas pourront être trouvés à la fin de cet ouvrage en annexe.

Nos deux populations sont comparables en termes d'âge, de doses de syntocinon\*, de terme et de dilatation cervicale au moment de la péridurale.

	Population hypnose	Population témoin
Nombre total	74	578
Nombre d'AVB	70	495
Nombre de césariennes	4	83
Age moyen	27,24	28,7 (29,2 en France
Dilat. Pour péri	3,2	3,3
Administration de syntocinon* intraveineux continu	100%	100%
Péridurales	100%	100%
Primiparité	100%	100%

En ce qui concerne le nombre de césariennes, le calcul du test du Khi2 donne les résultats suivants :

Observés	HYPNOSE	PAS D'HYPNOSE	Total
Césarienne	4	83	87
Ac. Voie basse	70	495	565
Total	74	578	652

Théoriques	HYPNOSE	PAS D'HYPNOSE	Total
Césarienne	9,874233129	77,12576687	87
Ac. Voie basse	64,12576687	500,8742331	565
Total	74	578	652

Probabilité du Khi 2	<b>0,03293759</b>
Valeur du khi2	4,549020407
Valeur du khi2 pour p=0,05	3,841459149

L'intervalle de confiance à 95% étant compris entre 10,73 et 15,95.

Le test est donc statistiquement recevable. La probabilité de hasard étant inférieure à 5%.

## Discussion

Il est très encourageant de voir que malgré le faible nombre de notre série, les résultats semblent dégager une différence du taux de césariennes pour stagnation du travail entre les femmes ayant bénéficié de l'hypnose et celles qui n'en ont pas eu avec une probabilité pour que cela soit dû au hasard de 0,03.

Nous sommes bien conscients que la multiplicité des paramètres en jeu limite un peu l'impact de cette étude. Un p à 0,01 aurait nécessité un plus grand nombre de femmes ce qui n'était pas possible dans le temps dont nous disposions.

Avant de poser des hypothèses sur les mécanismes mis en jeu lors du « protocole hypnose » expliquant la différence statistique observée, nous aimerions nous attarder sur les limites de notre étude et les obstacles rencontrés sur notre chemin.

### Limites de l'étude

- Mode de départ du travail

Les 4 femmes césarisées observées dans notre étude et qui faisaient partie du groupe « hypnose » sont toutes les 4 des femmes en post terme (>41 semaines d'aménorrhée) chez trois d'entre elles, une indication de déclenchement a été posée. Elles ont toutes les 3 reçu un traitement par apposition de progestérone E en local, afin de préparer le col utérin. Puis, pour ces trois là et pour la quatrième, il y a administration d'ocytocine de synthèse (Syntocinon\*) par pompe intraveineuse alors que le bébé était encore en position haute. Les conditions de départ du déclenchement sont donc moyennement favorables voire carrément mauvaises pour les femmes dont le col utérin est resté fermé malgré le gel de prostaglandine ; on sait que le risque de césarienne dans ces conditions est considérablement augmenté [11].

- La personnalité du gynéco obstétricien

Les conditions du déclenchement et la décision de celui-ci dépendent de l'obstétricien. Lorsque la femme en post terme se présente à lui, il est vraisemblable qu'elle n'est pas dans un état de conscience critique mais qu'au contraire, il existe une hyper suggestibilité induite par la transe « négative » que l'annonce du déclenchement peut entraîner. Cet état de fait a été parfaitement raconté par la patiente MBF numérotée 59.

*« - j'ai vu le docteur C. hier soir, il m'a dit qu'on allait me déclencher mais que les conditions étaient très mauvaises et que si à 20h 00 ce soir je n'avais pas accouché, il ferait une césarienne. Cela m'a fait peur, j'ai senti que je n'allais jamais y arriver »*

Me MBF a été césarisée à 20h00 par le Dr. C, le travail n'avait pas évolué au delà de 6 cm de dilatation, le bébé est resté haut non engagé et des DIPs 1 commençaient à apparaître.

Les suggestions « négatives » sont ici très fortes et associées à de mauvaises conditions obstétricales. Le travail hypnotique de l'anesthésiste, n'a pas suffi à éviter la césarienne. Des explications maladroités, une démarche diagnostique ou de soin hésitante, la non prise en charge de la plainte sont des facteurs iatrogènes qu'il ne faut pas sous-estimer [12].

Une étude américaine montre que le taux de césariennes est différent d'un obstétricien à l'autre et que ce taux est précisément lié au degré de confiance que les femmes accordent à leur médecin accoucheur. Il existe donc au sein de la relation une influence qui agit sur le mode d'accouchement dans un sens comme dans l'autre [13].

- Les variations dues au médecin anesthésiste

Nous avons fait en sorte qu'il y ait une relative homogénéité dans les façons d'appliquer le protocole ; comme nous l'avons déjà dit, les médecins participant de façon active au protocole sont tous issus de la même école d'hypnose et se réunissent fréquemment pour discuter des cas qu'ils rencontrent. Malgré ces précautions, tous n'ont pas la même personnalité et toutes les péridurales ne sont pas faites à la même heure. A trois heures du matin lorsqu'il est sorti de son lit pour réaliser une péridurale, il est évident que l'anesthésiste tisse un lien thérapeutique avec la parturiente différent de celui qu'il crée dans la journée.

- Les effets du stress et sa gestion par l'équipe sage-femme auxiliaire puéricultrice.

Les facteurs naturels qui provoquent le déclenchement de l'accouchement sont partiellement connus, retenons entre autres : la transmission d'un message chimique initial depuis le fœtus vers la mère, la diminution des taux de progestérone, l'augmentation de l'action des œstrogènes qui facilitent la

contractibilité du muscle utérin et donc l'action de l'ocytocine dont les taux montent dans les heures qui précèdent l'accouchement. Depuis plus de 20 ans les méthodes pour déclencher les accouchements ont peu changé, car si l'action des ocytociques est facile à reproduire, grâce à des hormones de synthèses, il paraît difficile d'interférer dans les transmissions d'informations fœto-maternelles.

Inversement, il est prouvé depuis très longtemps [14] que des taux élevés de catécholamines interviennent comme des antagonistes de l'ocytocine et rallongent le temps de travail notamment la deuxième partie en entraînant un certain degré de myorelaxation utérine par effet bêta 2.

La médicalisation extrême des accouchements en France a des conséquences qui peuvent être stressantes pour la parturiente et entraîner une augmentation des catécholamines plasmatiques :

- l'environnement semble peu rassurant,
- la température de la pièce est parfois inadaptée aux besoins d'une parturiente immobile,
- les nombreuses interventions sur le corps de la femme (touchers vaginaux, perfusion, sondage, rasage) parfois pratiquées par des personnes différentes peuvent être ressenties comme des agressions,
- l'immobilité et la position inadaptée imposées renforcent le stress
- les bruits de machines, les conversations techniques autour et sur la femme en travail, l'éclairage violent et cru, peuvent provoquer une sécrétion importante d'adrénaline.

Il est très important que ces facteurs soient pris en compte par le personnel soignant. Toutes les équipes ne sont pas les mêmes : certaines sages-femmes sont très sensibilisées à la gestion du stress des femmes, certaines ont suivi une formation en hypnose [1] et s'en servent pour apporter du confort et de la sécurité. Ce n'est pas toujours le cas. Deux des césariennes observées dans notre groupe « hypnose » ont été suivies par la même équipe, dont les membres n'ont pas été formés à l'hypnose. Toutes les sages-femmes et auxiliaires formées à l'hypnose notent une modification du langage qu'elles utilisent avec le patient et donc une modification du lien thérapeutique [1]. Bien entendu il est impossible, sur le plan

statistique, de conclure actuellement que cela ait eu une influence mais on peut cependant raisonnablement le penser. D'ailleurs, une étude anglaise a rapporté que la durée du travail était diminuée de moitié lorsqu'on employait l'hypnose pendant le travail que ce soit pour la première ou la deuxième partie du travail chez les primipares [15].

- La dilatation initiale lors de la pose de la péridurale

Toutes les femmes ne sont pas au même degré de dilatation cervicale au moment de la pose de la péridurale donc de la réalisation du protocole « hypnose ». Les femmes qui ont été césarisées étaient en début de travail lors de la pose de la péridurale, la dilatation était inférieure à 4 cm. Elles ont reçu des doses de syntocinon\* supérieures aux doses optimales de 45ml/h. On peut alors noter un épuisement de l'action des hormones sur les récepteurs, ce qui favorise la stagnation du travail.

- Les paramètres non pris en compte

Certains paramètres initialement retenus n'ont finalement pas été pris en compte devant la difficulté du recueil des informations. Citons :

- le poids du bébé à la naissance,

les positions prises par la femme pendant le travail, positions qui peuvent varier d'une sage-femme à l'autre et qui semblent avoir une influence sur le déroulement du travail [16],

- le type de présentation,
- le poids de la femme...

Tous ces paramètres pourraient avoir une influence sur le risque de césarienne et devraient être pris en compte dans une étude ultérieure.

### Les hypothèses

- Le processus hypnotique

Le protocole retenu induit facilement et rapidement une transe hypnotique. La focalisation est obtenue par fixation de la pendule après repérage sensoriel rapide de l'environnement (description rapide de la pièce, des sons entendus et de la position de la parturiente). L'immobilité, la fermeture des yeux, l'indifférence à l'environnement parfois même aux contractions qui surviennent attestent de la réalité de la transe. Celle-ci est installée

rapidement car la femme qui va accoucher est déjà dans un processus mental qui s'éloigne de la conscience ordinaire ainsi que le soulignent les auteurs qui sont habitués à travailler dans des maternités. Cet état intervient en dehors d'un processus cognitif pur, c'est à dire un état qui fait plus appel aux perceptions qu'aux sensations. Ce processus est très bien décrit dans le livre « L'hypnose aujourd'hui » par Patrick Richard [17] en ces termes :

*« Elles (les émotions) surviendraient lorsque nous évaluons un événement bénéfique ou maléfique pour notre bien-être. Cette évaluation rapide renforce nos capacités à faire face à la menace et servirait dans la préparation de l'action. Les émotions peuvent mettre en jeu des automatismes naturels, c'est à dire ceux que l'individu hérite de l'espèce ... »*

Le terrain est donc propice à l'action de l'hypnothérapeute et facilite le travail de l'anesthésiste.

- Un processus d'adaptation et de projection dans le temps

L'hypnose permet de mobiliser la femme vers une représentation mentale de son accouchement et à faire « comme si » pour s'approprier un autre réel et se construire un avenir proche. Il y a alors confusion entre réalité et pensée, l'assimilation entre processus externes et les schémas pré-existants devient possible [18]. Ces schémas préexistants sont le fruit de l'expérience du sujet ou de l'espèce. Certains schémas semblent en effet être un héritage ancestral, sorte de mémoire collective de l'espèce. Cette notion d'héritage ancien a été largement abordée par Carl Jung dans son ouvrage sur la synchronicité [19]. Marie Louise Von Franz dans « La psychologie de la divination » soutient que cette mémoire de l'espèce interviendrait dans un certain nombre de processus de divination et donc dans le travail de projection dans le futur.

Ces techniques de projections dans le futur proche et dans sa construction à partir des ressources du sujet sont largement répandues dans la préparation du sportif à une compétition [20].

Il devient ainsi possible « d'imaginer » de nouvelles situations : le virtuel devient réel. Les processus cognitifs sont mis en veille. Le sujet devient indifférent à l'environnement, la puissance des suggestions est accrue. Il peut alors accéder à certains mécanismes modulateurs fondamentaux du système nerveux ce qui lui permet d'accroître son potentiel expérientiel . [21]

Selon Damasio [22], la présélection de scénarios par le cortex préfrontal entraînerait, via l'amygdale, des réactions émotionnelles préfigurées. Ces réactions émotionnelles préfigurées permettraient au sujet de choisir parmi plusieurs hypothèses. Ce choix induit une adaptation plus rapide qu'avec une évaluation cognitive rationnelle. Cette capacité trouve tout son intérêt face à toute situation nouvelle. Or les femmes de l'étude sont toutes des primipares, l'accouchement est donc une expérience nouvelle et inconnue pour elles. L'hypnose trouve donc ici une place idéale et est beaucoup plus efficace que la simple imagerie mentale. Cette efficacité est sans doute due à un fonctionnement polymodal et à des modifications de l'inter-connectivité au niveau du système cérébral, ainsi que l'a montré le professeur Faymonville dans des études neurofonctionnelles [23], [24], [25].

- Un processus de mobilisation

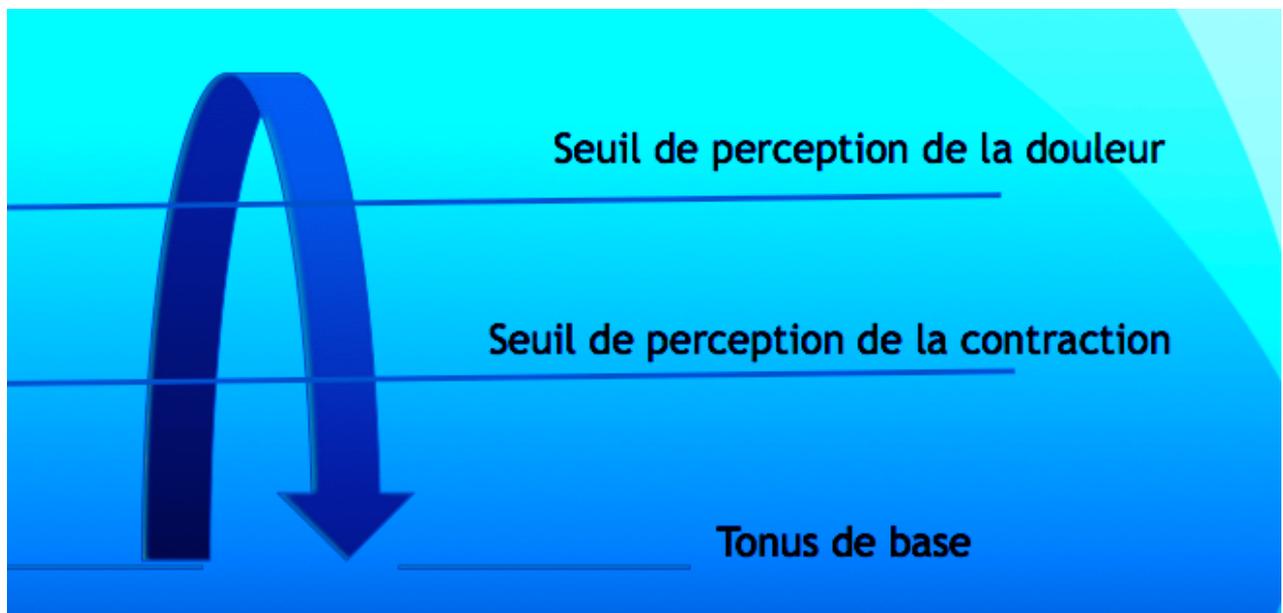
Il y a remobilisation, c'est à dire : un changement qui laisse alors à la femme la possibilité de choisir [17] : « *Une des particularités de l'hypnose est de permettre de manière réversible au sujet en état d'éveil tout en étant présent ici et maintenant d'être « ailleurs dans le temps et l'espace et de la vivre comme tel » [17].*

Cette mobilisation permet de remettre en mouvement la femme traumatisée par une expérience qu'elle appréhende. Ce traumatisme est souvent potentialisé par l'hospitalisation qui effraie. Le fait de projeter son esprit vers une heure d'accouchement met en route des mécanismes assimilables à ceux mobilisés par la pensée magique. Cette pensée magique, décrite par Piaget, trouverait justement son utilité dans le fait qu'elle permet au sujet d'aller à son rythme et ainsi de pouvoir servir de pont entre une situation de blocage et sa résolution ultérieure [18]. Choisir l'heure de son accouchement offre ainsi l'opportunité de trouver son propre rythme. De plus, cela fait écho sur le plan corporel au travail de Waisblat [6] dont nous nous servons pour poser la péridurale. Travail dans lequel, nous laissons la parturiente trouver le bon rythme corporel, celui qui lui convient.

- Un processus d'accompagnement

L'accouchement peut être considéré comme le début d'un processus de deuil de la grossesse. La survenue trop rapide du travail peut altérer la mise en place du processus psychique. Les nécessités économiques des maternités et la systématisation des perfusions de syntocinon\* pour accélérer le travail n'étant pas là pour faciliter les choses. Le travail hypnotique sur le temps permet peut être donc de faciliter le démarrage de travail du deuil de la grossesse et d'accepter l'accouchement.

Par ailleurs, le confort, apporté par la transe hypnotique et augmenté par les suggestions agréables et l'attitude des médecins pendant la pose de la péridurale, entraîne une diminution du stress. Cette réduction du niveau de stress est corrélée à une baisse des taux de catécholamines chez les parturientes. Ces hormones, qui diminuent l'efficacité de l'ocytocine sur le muscle utérin, diminuent la sécrétion d'endorphine et de prolactine et abaissent le seuil de tolérance à la douleur. En redonnant du confort, on élève le seuil douloureux, la femme perçoit les contractions différemment. La composante sensori-discriminative est modifiée par la résonance et l'interprétation qu'en fait la femme [26]; ces modifications sont intimement liées à la relation nouée avec le soignant [27].



*la contraction utérine : quand on élève le seuil douloureux, la contraction est ressentie en tant que contraction, et plus en tant que douleur.*

Il serait intéressant dans une autre étude de comparer le nombre de demandes faites au niveau de la pompe PCA avec ou sans hypnose.

## Quelques remarques concernant l'heure de l'accouchement

En ce qui concerne l'heure prévue de l'accouchement, il est difficile d'analyser scientifiquement les résultats étant donné qu'il n'y a pas de population témoin. En effet lorsqu'on demande aux femmes à quelle heure elles vont accoucher, en dehors d'un quelconque processus hypnotique, elles ne savent pas donner de réponse. Par contre sur le plan qualitatif on peut faire au moins deux remarques.

- Une transe réelle

L'obtention d'une réponse à la question « à quelle heure ? » après l'induction de la transe hypnotique, alors qu'il n'y en avait pas lorsque la femme utilisait ses fonctions réflexives et cognitives habituelles, suggère qu'il existe bien un réel processus hypnotique en amont des processus cognitifs. Ce sentiment vient confirmer l'impression faite par l'immobilité de la patiente, les modifications de son timbre de voix, la fixité du regard, le silence habituel après le retour vers un « ici et maintenant » autant d'éléments que nous avons déjà évoqués. On peut penser que cette suggestion hypnotique s'apparente à une réification de l'accouchement, celui-ci devient réel, palpable ; le virtuel devient réel[28],[29].

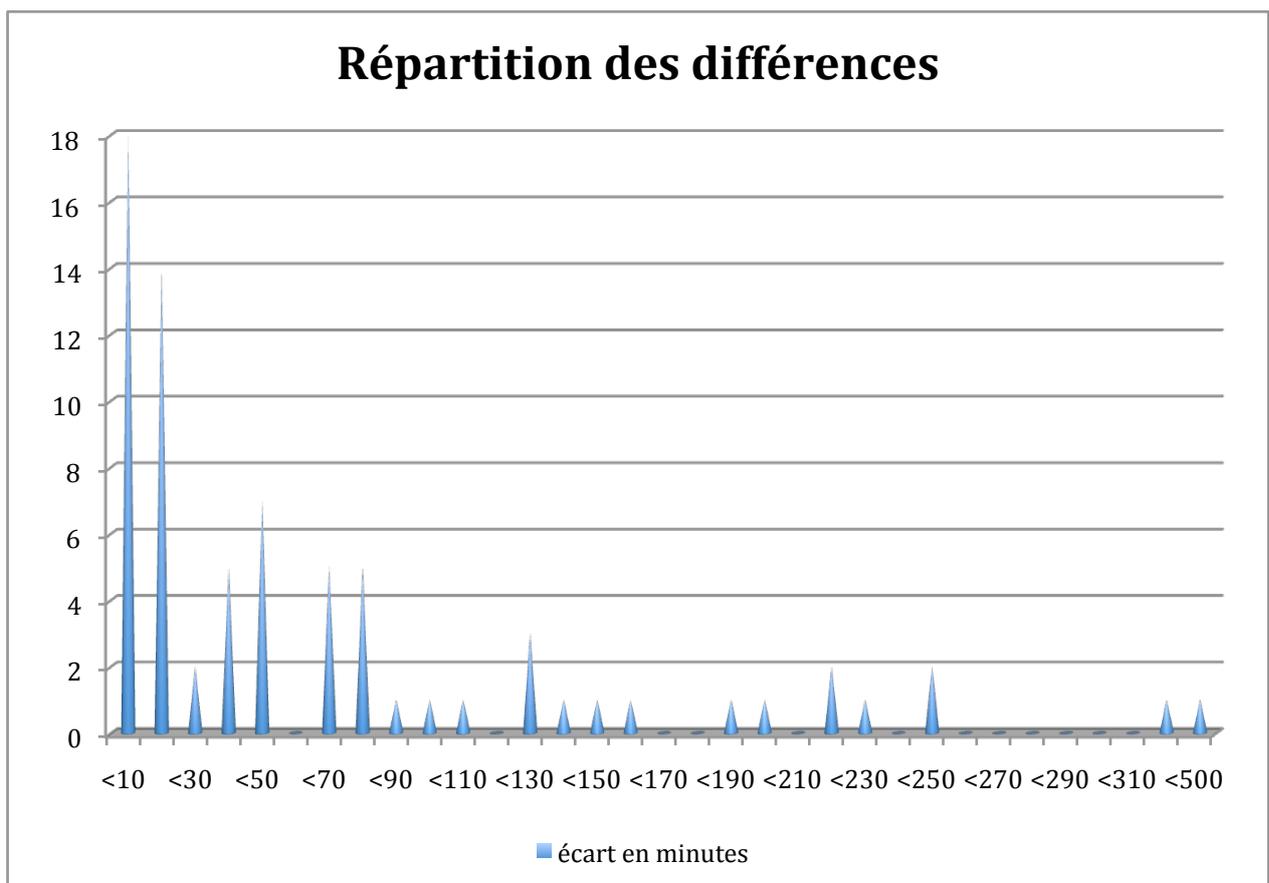
- Les heures obtenues

Les heures obtenues sont souvent proches de l'heure d'accouchement réelle. La médiane est à 38 minutes. cela signifie que la moitié des femmes accouche à une heure située entre 0 et 38 minutes de celle qu'elles avaient prédite et une autre moitié accouche entre 38 et 240 minutes avec une répartition donc beaucoup plus étalée. Sur le plan subjectif on est frappé par le fait que grosso modo, la moitié des femmes soient précises et que 75% d'entre elles accouchent dans l'heure qui suit. Il est également à souligner qu'aucune femme n'accouche avant l'heure. Nous n'avons trouvé aucune explication plausible à cet état de fait.

Pour pouvoir étudier le phénomène, il faudrait, débarrasser la situation du beaucoup de paramètres qui interviennent et parasitent l'étude : résistances ou au contraire motivations et croyances des sages-femmes, quantité de syntocinon\* délivrée, nombre de bolus de PCEA injectés, interaction avec l'entourage...

Il se dégage de l'observation des résultats que 18 femmes accouchent exactement à l'heure qu'elles ont donnée. Rappelons que ces femmes sont toutes des primipares, qu'elles n'ont aucune notion particulière d'obstétrique et qu'on est parfois surpris de leur prédiction, lorsqu'elles l'annoncent, car celle-ci semble en contradiction avec l'état clinique observé. Je me souviens notamment d'une femme dont la dilatation était à 3cm et qui a déclaré accoucher une heure après. Sachant que la durée de son travail aurait en toute logique dû être de 3 à 4 heures j'avais intérieurement mis en doute sa prédiction qui s'est finalement avérée parfaitement exacte. Plusieurs observations de ce type ont été faites par les soignants.

Le graphique ci-dessous rapporte en abscisse les différences observées en minutes entre l'heure « prédite » et l'heure réelle de l'accouchement. En ordonnées, on trouvera le nombre de patientes dans chaque catégorie.



Les réponses sont parfois le résultat de paramètres qui nous échappent mais qui viennent certainement interférer avec : une femme voulait

attendre de toutes façons son mari qui devait rentrer du travail, une autre nous a donné une réponse qui était « après minuit » car elle voulait accoucher un jour pair et non impair...

Nous avons remarqué que les femmes qui avaient donné des réponses très éloignées de l'heure réelle de leur accouchement étaient celles qui avaient montré plus de résistances lors de l'induction hypnotique, comme si les fonctions cognitives venaient parasiter la réponse « intuitive » pour finalement la dénaturer.

### **Conclusions**

Nos résultats nous encouragent à poursuivre car beaucoup de femmes nous ont dit avoir été rassurées quand on leur a demandé à quelle heure elles allaient accoucher, un grand nombre d'entre elles ont apprécié le calme et le confort induit par la courte transe produite lors de l'application du protocole et l'ont dit à l'équipe soignante qui les a suivies pendant toute la durée de l'accouchement. Le moindre taux de césariennes, statistiquement retrouvé dans le groupe hypnose, apporte un argument objectif à nos hypothèses intuitives du départ.

Le confort ressenti et la reconnaissance de toutes ces femmes restent, pour l'instant, la plus belle des récompenses. Notre travail ne s'arrête pas là, notre équipe est bien décidée à poursuivre sur ce chemin.

L'idée de continuer, c'est déjà continuer...

Le couloir qui mène vers la sortie de l'établissement est ébloui de lumière, baigné de calme et de silence.

« - Je voulais vous remercier pour ce que vous avez fait pour moi

dit Linda à l'anesthésiste qui lui sourit.

- C'est curieux, je n'ai réalisé que j'allais accoucher qu'à partir du moment où vous m'avez demandé l'heure de mon accouchement...autrement...je ne sais pas, je n'avais pas imaginé les choses.

- Sur terre il y a six milliards d'êtres vivants, ce qui signifie qu'il y a eu six milliards de naissances, donc d'accouchements ; beaucoup se font naturellement sans l'intervention d'un anesthésiste. C'est l'instinct des femmes qui les aident, l'élan vital et peut-être aussi la mémoire de toutes celles qui sont devenues mères avant elles. Je n'ai pas fait grand chose, mais je suis content que cela ait pu vous aider un peu... »

Il est 10 heures, l'anesthésiste regarde, Linda, son ami et Alice s'éloigner lentement pour une nouvelle vie à trois. Linda est radieuse dans son pantalon de grossesse désormais trop grand pour elle, Alice dort dans le couffin neuf, son papa a les bras chargé de paquets mal refermés et de fleurs, comme après une fête.

Saint Grégoire août 2009

# ANNEXES

# TABLEAUX DE DONNEES

	Age	Pelvimétrie	Déclenchement	Dilatation	Rupture	station	Délai	Césarienne	HEURE APD	HEURE PREVUE	HEURE REELLE	DELTA en Min.	
1	GJ	30	non	non	3	non	op	130	non	13:00	15:00	15:10	00:00
2	BA	24	non	non	3	non	op	240	non	10:00	12:00	14:00	120
3	LDD	27	non	non	3	non	op	180	non	05:45	08:00	08:45	45
4	GFS	30	non	oui	2	non	op	345	non	15:30	18:15	21:15	180
5	VS	24	non	non	3	oui	op	160	non	22:30	00:30	01:10	20
6	CT	35	non	oui	2	oui	?	190	OUI	11:00	16:00	17:10	70
7	DJ	29	non	non	1	non	op	325	non	11:20	16:00	16:45	45
8	BV	29	non	oui	3	oui	?	195	non	16:45	18:30	20:00	90
9	MS	29	non	non	4	oui	op	125	non	03:15	06:00	05:20	40
10	DE	21	non	oui	3	non	op	195	non	23:45	03:00	03:00	0
11	AC	31	non	non	3	non	op	330	non	15:30	20:00	21:00	60
12	PM	28	non	non	7	non	?	230	non	17:10	19:00	21:00	120
13	KM	26	non	non	4	oui	?	310	non	09:30	14:00	14:40	40
14	ML	26	oui	non	3	oui	?	255	OUI	22:30	02:30	02:45	15
15	RAL	23	non	non	4	non	op	360	non	09:30	12:00	15:30	210
16	LC	30	oui	non	3	non	?	220	non	18:30	01:25	22:10	215
17	SM	28	non	non	4	non	op	66	OUI	09:30	14:00	10:36	84
18	LS	25	non	non	3	non	op	163	non	13:15	17:00	15:58	62
19	DG	32	non	oui	3	oui	op	175	non	16:30	19:30	19:25	5
20	GL	22	non	oui	3	non	op	195	non	09:30	00:30	00:45	15
21	RK	22	non	non	3	oui	op	385	non	03:40	06:00	10:05	245
22	DM	26	non	non	3	non	op	330	non	09:30	15:00	15:00	0
23	CC	33	non	oui	1	non	op	360	non	19:30	23:30	02:40	190
24	GST	31	non	non	3	oui	?	330	non	10:30	16:07	16:00	7
25	GSA	31	non	non	3	non	op	315	non	08:15	11:00	13:30	150
26	P:	29	non	non	4	non	op	180	non	17:00	20:00	20:00	0
27	VE	27	non	oui	3	non	op	225	non	19:15	23:30	23:00	30
28	BAS	23	non	non	3	non	op	467	non	10:00	16:30	17:47	77
29	JV	27	non	non	5	non	op	240	non	09:15	13:00	13:15	15
30	GM	22	non	non	5	non	op	67	non	10:00	11:00	11:07	7
31	TV	25	non	non	7	oui	op	205	non	10:45	14:00	14:10	10
32	GS	27	non	non	3	non	op	135	non	21:30	23:30	23:45	15
33	SS	34	non	non	2	oui	op	390	non	15:30	18:00	22:00	240

		Age	Pelvimétrie	Déclenchement	Dilatation	Rupture	station	Délai	Césarienne	HEURE APD	HEURE PREVUE	HEURE REELLE	DELTA en Min.
34	FB	28	non	non	3	non	op	210	non	03:40	07:00	07:10	10
35	AJ	25	non	oui	3	non	op	300	non	08:15	12:00	13:15	75
36	CD	32	non	non	3	non	op	165	non	09:30	12:00	12:15	15
37	IA	22	non	oui	1	non	op	310	non	10:00	14:00	15:10	70
38	LV	22	non	non	3	oui	op	190	non	14:00	17:00	17:10	10
39	PS	26	non	non	3	non	op	195	non	19:15	22:30	22:30	0
40	SLB	33	non	non	4	non	op	230	non	05:45	09:00	09:35	35
41	JB	31	non	non	3	non	op	210	non	16:30	20:00	20:00	0
42	RG	23	non	non	3	non	op	105	non	19:30	21:00	21:15	15
43	AB	28	non	non	3	non	op	450	non	06:30	14:00	14:00	0
44	CG	19	non	non	3	non	op	700	non	03:50	08:00	15:30	450
45	EL	23	non	non	3	non	op	330	non	23:30	05:00	05:00	0
46	JL	22	non	oui	2	non	op	465	non	06:00	13:30	13:45	15
47	CD	25	non	non	3	non	op	405	non	07:00	13:30	13:45	15
48	EP	26	non	non	3	non	?	270	non	20:00	00:30	00:30	0
49	A:	29	non	non	6	non	op	110	non	09:50	11:00	11:40	40
50	LZ	29	non	non	3	non	op	140	non	11:20	13:00	13:40	40
51	JV	33	non	non	3	non	op	404	non	10:30	13:30	17:14	224
52	SL	28	non	non	?	non	op	540	non	23:00	07:28	08:00	32
53	JB	27	non	non	?	non	op	300	non	17:45	22:00	22:45	45
54	NL	24	non	non	?	non	op	190	non	11:30	15:00	15:34	34
55	MV	30	non	non	4	non	op	150	non	00:30	02:30	03:00	60
56	MLG	28	non	non	3	non	op	240	non	03:45	06:00	07:45	105
57	MG	27	non	non	6	non	op	150	non	05:30	07:00	08:00	60
58	VL	24	non	non	3	non	op	60	non	01:00	02:00	02:00	120
59	MBF	30	non	non	1	oui	op	780	oui	07:00	20:00	20:00	0
60	FT	25	non	non	?	non	op	315	non	06:45	11:45	12:00	15
61	BO	32	non	non	3	oui	op	420	non	07:00	14:00	14:00	0
62	JP	25	non	non	3	non	op	365	non	16:00	22:00	22:05	5
63	AP	23	non	non	4	non	op	200	non	02:15	05:10	05:35	25
64	LP	23	non	non	1	oui	op	475	non	15:00	17:00	22:55	355
65	KC	28	non	non	3	non	op	325	non	11:00	14:00	16:25	145
66	KG	34	non	non	4	non	op	480	non	15:30	23:00	23:30	0

		Age	Pelvimétrie	Déclenchement	Dilatation	Rupture	station	Délai	Césarienne	HEURE APD	HEURE PREVUE	HEURE REELLE	DELTA en Min.
67	BJ	26	non	non	3	non	op	180	non	06:00	09:00	09:00	0
68	CM	36	non	non	3	non	op	150	non	03:30	06:00	06:00	0
69	GP	28	non	non	5	non	op	235	non	02:15	22:30	22:40	10
70	CS	29	non	non	5	non	?	219	non	18:00	21:00	21:39	39
71	HM	28	non	non	4	non	op	227	non	11:30	14:00	16:17	137
72	MC	29	non	non	4	non	op	180	non	18:00	20:00	21:00	60
73	CLG	31	non	non	3	non	op	220	non	13:00	15:30	16:40	70
74	CR	37	non	non	3	non	op	150	non	20:30	23:00	23:00	0

14

# FICHE DE RECUEIL

Fiche Peropératoire		
C H P Saint Grégoire 6 Bd de la Boutière 35768 SAINT GREGOIRE  <b>Anesthésie-Réanimation</b>	Patient: <b>Mademoiselle Clo</b> Née le: <b>10 08 1989</b> Séquentiel: <b>25394</b>  Med TT: <b>Docteur CONGOST</b>	
Date Consult.: <b>19 05 2009</b>	Date Entrée: <b>23 06 2009</b>	Date Interv.: <b>24 06 2009</b>
Anesthésiste: <b>GUILLOU</b>	Intervention: <b>ACCOUCHEMENT</b>	
Praticien: <b>LABARTHE Caroline</b>	<input type="checkbox"/> Visite Préopératoire <input type="checkbox"/> Matéio-Vigilance	
<b>Anesthésiste de l'intervention</b>	<b>BERNARD</b>	
<b>Technique d'anesthésie</b>	<b>APD Obstétricale</b>	
<b>ALR</b>	Bloc Périph. DOSES : Dose test (après test aspiratif négatif) de 3 ml de xylo 1% adrénalinée . Injection ensuite de 10 ml	
Rachi:		
Péridurale lombaire - PCEA - Détersion par bétadine - Désinfection par bétadine alcoolique - Ponction en L3-L4- anesthésie locale de la	Drogues : <b>CHIROCAINE 0.125%</b> <b>SUFENTA</b> 6 ml/h + 6 ml de bol 15 mcg dans 60 ml	
<b>AG</b>		
Hypnotiques	Halogènes	
Morphiniques	Antibiotiques	
Curares	Analgésiques	
<b>Monitoring &amp; Equipement</b>	<b>Mise en condition Ventilatoire</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Scope <input checked="" type="checkbox"/> Oxymètre <input checked="" type="checkbox"/> Tensiomètre <input type="checkbox"/> Capno <input type="checkbox"/> Analyseur de gaz <input type="checkbox"/> Température <input type="checkbox"/> Curarisation	M. Facial      M. Laryngé Intubation Orotrachéale  Circuit Ouvert, Position assise - péridurale faite à 3 h 50	
<b>Abord Veineux</b>	<b>Mode Ventilatoire</b>	
Centrale : 0	Spontanée,      Dilatation cervicale : 3 cm- Poche des eaux non ROMPUE	
Périphérique : 1		
<input type="checkbox"/> Sonde gastrique <input type="checkbox"/> Protège Yeux <input type="checkbox"/> PA Invasive <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/> Sonde urinaire <input type="checkbox"/> Protège dents <input type="checkbox"/> Réchauffeur	<b>Remplissage</b>	
	Cristalloïdes RINGER LACTATE      1000	
	Colloïdes	
	Transfusion	
<b>Complications :</b>		
Notes : EPD 4.5 cm Péri posée à 3.45 Accouchement prévu 8 , 00 Accouchement à <b>15h38</b>		
MAJ de 22/02/2007 par FF (6/54/002)      Primipare - hyperalgésie du travail		

# BIBLIOGRAPHIE

1. Bernard, F. Introduction de l'hypnose dans une maternité *Livre d'abstracts du congrès ESH Vienne 2008*. 2008.
2. Benhaiem, J. L'hypnose aujourd'hui . 2005 ; 19.
3. Diamond, M. It takes two to tango : the neglected importance of the hypnotic relationship *Am J Clin Hypn.*. 1984 ; 26, 1-13.
4. Erickson, M., Rossi, E., & Rossi, S. La suggestion indirecte en pratique clinique *Traité pratique de l'hypnose*. 2006 ; 51.
5. Chertok, L. Les méthode d'accouchement psychosomatiques sans douleur. *L'expansion*. 1957.
6. Waisblat, V. Balancement, hypnose et pose de péridurale etn obstétrique *DU hypnose médicale UFR Pitié - Salpêtrière*. 2007.
7. Hérin, J. M. Hypnose à la maternité : de l'aisance à la naissance *Conférences AGORA*. 2008.
8. D.Michaux Relations entre l'hypnose et les autres états modifiés de conscience . 2007 ; , 103-104.
9. du comité national d'experts sur la mortalité maternelle 1995-2001, R. Recommandation gouvernementale concernant la mortalité maternelle . 2002 .
10. C.Spencer, Murphy, D., & Bewley, S. Caesarean delivery in the second stage of labour. . 2006 ; 3333, 613-614.
11. Shin, K., Brubaker, K., & Ackerson, L. Risk of cesarean delivery in nulliparous women at greater than 41 weeks' gestational age with an unengaged vertex. . *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004 ; 190, 129-34.
12. Halfon, Y. l'approche hypnotique comme aide analgésique pur l'accouchement *Douleur et Analgésie*. 2008 ; 21, 31-33.
13. Cohen, J. Patient satisfaction with the prenatal care provider and the risk of cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 ; 192, 2029-32.
14. Triner, L., Vulliemoz, Y., Verosky, M., & Naha, G. G. The effect of catecholamines on adenyl cyclase activity in rat uterus *Life Sciences*. 1970 ; 9, 707-712.
15. Jenkins, M. & Pritchard, M. Hypnosis : practical applications end theoretical considerations in normal labour *Br J obstet Gynaecol*. 1993 ; 100, 221-6.

16. Racinet, C. Positions maternelles pour l'accouchement. *Gynecol Obstet Fertil.* 2005 ; 33, 533-8.
17. Richard, P. Pourquoi l'hypnose existe-t-elle ? 2005 ; 45.
18. Colombo, S. Piaget et la pensée magique *Hypnose et pensée magique.* 2008, 316.
19. Jung, C. Synchronicité et paracelsica *Albin Michel.* 1988.
20. Espinosa, J. Utilisation de l'hypnose dans la préparation des sportifs 5è forum *Confédération francophone d'hypnose et de thérapies brève.* 2007.
21. P.Rainville Neurophénoménologie des états et des contenus de conscience dans l'hypnose et l'analgésie hypnotique. *Cours supérieur du 4è congrès de la Société d'Etude et de Traitement de la Douleur. Montpellier.* 2004.
22. Damasio, A. L'erreur de Descartes . 1995.
23. Faymonville, M., Laureys, S., Degueldre, C., Delfiore, G., Luxen, A., Franck, G., Lamy, M., & Maquet, P. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis *Anesthesiology.* 2000 ; 92, 1257-67.
24. Faymonville, M., Roediger, L., Degueldre, C., Delfiore, G., Phillips, C., Lamy, M., Luxen, A., Maquet, P., & Laureys, S. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cognitive Brain Research.* 2003 ; 17, 255-62.
25. Faymonville, M. Hypnose: mieux comprendre pour mieux l'utiliser *Douleur et Analgésie.* 2008 ; 21 , 1.
26. Touyarot, A. Pas à pas *Satas.* 2006, 71-72.
27. Halfon, Y. Hypnose naturelle et maternité . 2007.
28. C.Virot La réification : une douleur palpable *Hypnose et thérapies brèves.* 2009 ; Hors Série, 16-32.
29. Benhaiem, J. Les principes actuels de la thérapie par l'hypnose *L'hypnose aujourd'hui.* 2005.

# PLAN

## Introduction

## Etat des lieux

## Les raisons de l'étude

## But de l'étude

## Méthodologie

Populations étudiées

Description du protocole

Paramètres recueillis

Méthode statistique

## Résultats

## Discussion

Limites de l'étude

- Mode de départ du travail
- La personnalité du gynéco obstétricien
- Les variations dues au médecin anesthésiste
- Les effets du stress et sa gestion par l'équipe sage-femme auxiliaire puéricultrice.
- La dilatation initiale
- Les paramètres non pris en compte

Les hypothèses

- Le processus hypnotique
- Un processus d'adaptation
- Un processus de mobilisation
- Un processus d'accompagnement

Quelques remarques concernant l'heure de l'accouchement

- L'obtention d'une réponse
- Les heures obtenues

## Conclusions

## Tableaux de données

## Fiche de recueil

## Bibliographie

Dans ce travail, 74 femmes primipares sont prises en charge par des anesthésistes formés à l'hypnose. Après la pose de la péridurale, le médecin induit une courte transe hypnotique au cours de laquelle il demande aux femmes à quelle heure elles vont accoucher.

L'étude compare le taux de césariennes pour stagnation du travail dans ce groupe ayant bénéficié de l'hypnose, par rapport à une population témoin de primipares. Ce taux est significativement abaissé.

Par ailleurs, il est rapporté qu'un grand nombre de femmes sont ponctuelles dans leur prédiction.