

Université de Bourgogne

Diplôme Inter-Universitaire d'hypnose médicale et clinique.

Année universitaire 2018/2019

Hypnose et bien-être psychologique des
femmes en post-partum.

Dorothée Moreau, sage-femme

Mémoire dirigé par Anne Villaume

Table des matières

I. Introduction.....	4
II. Revue théorique des travaux et problématique.....	6
II.1. Devenir mère, un bouleversement, source de nombreuses théories psychanalytiques.....	6
II.1.a. Avant la naissance, désir d'enfant et grossesse.....	6
II.1.b. L'accouchement.....	7
II.1.c. La naissance d'un enfant, la naissance d'une mère.....	7
II.2. Le séjour en maternité, les difficultés maternelles rencontrées après la naissance.....	11
II.2.a. Le baby-blues ou post-partum blues.....	11
II.2.b. Fatigue.....	12
II.2.c. Difficultés face au vécu de l'accouchement, générateur de stress.....	12
II.2.d. Anxiété et manque de confiance en ses capacités.....	13
II.3. Hypnose et obstétrique.....	16
II.3.a. Les débuts, motivés par la gestion de la douleur.....	16
II.3.b. Importance du versant relationnel, créer l'alliance thérapeutique.....	16
II.3.c. L'hypnose facilitée autour de la naissance ?.....	17
II.3.d. Les différents champs d'applications de l'hypnose en obstétrique.....	18
II.3.e. Cas particulier du post-partum et problématique.....	18
III. Méthodologie.....	19
III.1. Présentation du cadre.....	19
III.2. Présentation des patientes.....	20
IV. Étude des cas et résultats.....	21
IV.1. Cas n°1 Mme C.....	21
IV.1.a. Anamnèse.....	21
IV.1.b. Séance.....	22
IV.1.c. Résultat.....	24
IV.2. Cas n°2 Mme S.....	24
IV.2.a. Anamnèse.....	24
IV.2.b. Séance N°1.....	25
IV.2.c. Résultat première séance.....	27
IV.2.d. Deuxième séance.....	28
IV.2.e. Résultat deuxième séance.....	30
IV.3. Cas n°3 Mme R.....	30
IV.3.a. Anamnèse.....	30
IV.3.b. Séance.....	31
IV.3.c. Résultat.....	32
V. Discussion théorico-clinique.....	32
V.1. Rappel de la problématique.....	33
V.2. Résultats. Faible échantillon.....	33
V.3. Retour sur ma pratique.....	34
V.4. Problématique du temps et de la disponibilité.....	34
V.5. Nécessité de créer l'alliance thérapeutique.....	35
V.6. Bénéfice à proposer l'hypnose en pré-partum pour améliorer le bien-être en post-partum.....	35
V.7. Question éthique : comment définir et respecter les limites de son champ de compétence?.....	37
VI. Conclusion.....	40

I. Introduction

Depuis que j'ai la chance de savoir d'où viennent les petits d'Homme, je suis fascinée par la complexité de ce qui se joue dans le corps quand l'enfant se crée, mais aussi la simplicité avec laquelle le travail s'opère. Nul besoin de réfléchir ni de connaître quoique ce soit au corps humain pour créer son propre enfant, pour modeler ce corps, régler tous les paramètres dont l'équilibre est tellement subtil, et façonner ce cerveau, qui lui permettra de penser, réfléchir, s'émouvoir, communiquer...

Je me suis ensuite passionnée pour la naissance. Accompagner les parents qui vont mettre au monde ce petit être qui a été la plupart du temps rêvé, attendu... ce fut rapidement mon objectif. Et c'est comme cela que je suis devenue sage-femme. J'exerce dans un centre hospitalier universitaire de depuis sept ans, actuellement dans les services de grossesses pathologiques, salles de naissance et suites de couches. J'ai également la possibilité de faire des consultations de grossesse et de la préparation à la naissance et à la parentalité.

Devenir mère est une « crise maturative » (Racamier, 1961) et émotionnelle dans la vie d'une femme, à l'instar de l'adolescence. Pendant que beaucoup de choses se jouent dans leur corps, un gros bouleversement psychique a lieu. Nous avons, au sein de notre formation de sage-femme, un enseignement de psychologie appliquée à notre domaine, que j'ai eu à cœur de compléter par des lectures personnelles, passionnantes, bien que pas toujours accessibles à ma complète compréhension. C'est sur le terrain ensuite que j'ai pu comprendre de plus près les femmes, ce qui se joue dans cette période périnatale, si délicate. J'ai pu saisir à quel point, cette phase de leur vie nécessite un accompagnement, ou du moins, une disponibilité. Il faut leur laisser la possibilité de demander de l'aide. En effet, certaines femmes auront davantage besoin de soutien, d'écoute, de conseils, selon leur passé, leur histoire, leur propre vécu de la période néonatale, leur relation à leur mère, les potentiels conflits psychiques que la grossesse peut révéler... chez d'autres, le chemin se déroulera très naturellement ...

Un jour, l'hypnose est parvenue jusqu'à moi. J'ai la chance de travailler dans un établissement où cette discipline est très bien considérée et utilisée depuis de nombreuses années, principalement en hypnoalgésie. Des infirmières et des médecins anesthésistes ont commencé à

se former en maternité et c'est ainsi que j'ai découvert cet incroyable outil. J'ai été séduite par ce que l'hypnose pouvait apporter de meilleur dans les soins : facilitation des gestes, apaisement, confort, pour le patient mais aussi pour le soignant.

Une collègue sage-femme formée a pu mettre en place des séances de préparations à la naissance par l'hypnose et nous avons pu apprécier combien ces femmes semblaient moins anxieuses et plus confiantes en leurs capacités en salle de naissance par rapport aux patientes non préparées ou ayant bénéficié d'une préparation classique à la naissance.

Dans une volonté de l'hôpital de former une majorité du personnel, j'ai pu bénéficier d'un premier enseignement par un médecin anesthésiste. J'en ai surtout retenu des outils de communication hypnotique que j'ai rapidement utilisé auprès des patientes en salle de naissance et dans les services d'hospitalisation pré et post-natale. J'ai pu mesurer l'importance des mots, des attitudes dans la relation, le verbal et le para-verbal. Néanmoins, je ne me sentais pas suffisamment munie pour pratiquer l'hypnose à proprement parler, c'est ainsi que je me suis tournée vers le DIU de Dijon.

Pour ce mémoire, j'ai eu envie de m'intéresser aux quelques jours qui suivent la naissance. Le séjour à la maternité est un moment où se mêlent fatigue, changement de statut, découverte de l'autre tellement lié à soi, doute, manque de confiance, changements hormonaux, modifications physiques, sur un fond d'émotions fortes positives. Ce moment d'ambivalence, peut-être trop souvent banalisé, sous le terme de baby-blues, semblant être le passage obligé de toute nouvelle mère. J'avais l'habitude de discuter avec ces femmes, dont la plupart ont surtout besoin d'une oreille attentive et d'un discours bienveillant. Parfois le vécu est plus compliqué et je rencontrais des difficultés à rassurer, à valoriser. L'hypnose n'était jusqu'alors pas proposée dans ce service. Comme l'hypnose vient s'adresser à la partie non consciente du patient, j'ai pensé que cet outil pouvait m'aider à être plus utile auprès des femmes qu'avec un simple échange verbal.

J'ai donc fait l'hypothèse d'un bénéfice à proposer l'hypnose à ces nouvelles mères anxieuses, bouleversées par la naissance, qui doutent et manquent de confiance en leur capacités à comprendre leur bébé, le nourrir, lui apporter les soins, afin de les aider à vivre un peu mieux cette période sensible.

II. Revue théorique des travaux et problématique

II.1. Devenir mère, un bouleversement, source de nombreuses théories psychanalytiques

Le XXe siècle a vu grandir chez les psychanalystes un intérêt pour le statut de mère. Devenir mère, est un passage si classique dans la vie d'une femme et pourtant tout sauf anodin. Il y a plusieurs étapes à franchir, depuis le désir d'enfant, jusqu'à l'accueil de cet être étranger et familier à la fois, en passant par la grossesse et l'accouchement.

II.1.a. Avant la naissance, désir d'enfant et grossesse.

Il y a d'abord le désir d'enfant. Dans *Le corps du Désir*, Jean-Marie Delassus (2008), philosophe et médecin spécialiste en maternologie, explique l'ambiguïté du désir d'enfant. La femme peut s'imaginer, rêver la venue de ce bébé, le porter, le caresser... En revanche elle ne désire pas forcément l'état de grossesse. Celui-ci peut être vécu comme une « atteinte à la liberté du moi », car un phénomène surgit alors en soi, envahit et habite subitement le corps. Bien que la plupart du temps, les futures mères acceptent bien ces changements, certaines femmes vivent ce moment comme un asservissement, réduites à une fonction de reproduction et désappropriées de leur corps. Cette grossesse qu'elles espéraient tant les déstabilise.

La mère vit un repli sur soi pendant la grossesse, l'objet de rêverie est à l'intérieur d'elle-même, elle se détourne donc du monde extérieur pour investir son monde intérieur. Elle reste assez muette au sujet du bébé à naître, alors que la surveillance médicale, à l'inverse, est centrée sur le bébé au moins autant que sur la mère.

Par ailleurs, elles peuvent voir venir à leur conscience des événements de leur passé jusqu'alors soumis au refoulement (un des piliers de la théorie psychanalytique établie par Freud, 1900). Ce phénomène est permis par un état psychique particulier de la grossesse, expliqué par Monique Bydlowski (2001), celui de « transparence psychique », où l'inconscient parvient plus facilement à la conscience. État pouvant être qualifié de hautement pathologique en dehors de cette période, alors qu'il est ordinaire pendant la grossesse.

Winnicott (1975) évoque même des « agonies primitives », angoisses anciennes, vécues par la future mère alors qu'elle était elle-même un nourrisson. Ces angoisses peuvent se raviver avec une grossesse débutante et faire craindre un effondrement psychique, pouvant aller jusqu'à provoquer une interruption volontaire de grossesse .

Il est alors aisé d'imaginer qu'un manque d'accompagnement à cette période peut créer des dégâts par la suite, chez la mère et dans sa relation avec son bébé.

II.1.b. L'accouchement

L'accouchement comme le décrit Monique Bydlowski (2006), « borne l'expérience de la gestation et contraste avec elle par sa violence ». La femme est toujours ébranlée, alors même qu'elle peut bénéficier à un certain moment du travail d'une analgésie efficace, par la force de la dilatation, par l'effraction que fait l'enfant dans son corps pour parcourir le chemin vers l'extérieur. La peur est toujours présente, à une intensité variable, selon les ressources de la future mère, le soutien dont elle bénéficie, sa préparation... L'accouchement est une secousse dans le monde ralenti de la grossesse, qui annonce la vague de changements profonds et d'émotions que va produire la naissance.

II.1.c. La naissance d'un enfant, la naissance d'une mère

Boris Cyrulnik (2010), dans son livre *Sous le signe du lien*, fait bien le distinguo entre ce que l'on appelle « naissance » et le premier jour de vie, qui commence in utero. Pour lui, la naissance est juste un « déménagement écologique » où l'enfant doit rompre brutalement avec ce qu'il connaissait et qui le rassurait. L'enfant emmène avec lui ses premiers modes de communication, ses canaux sensoriels qui, déjà dans l'utérus lui avaient permis de se familiariser avec « une sensorialité sonore, odorante et caressante venue du monde maternel. »

Delassus (2005) évoque longuement dans son livre *Psychanalyse de la naissance*, l'importance des premières interactions mère enfant. Le « proto regard » qui semble suspendre temporairement les pleurs du nouveau-né, ne semblant sensible qu'à la rencontre d'un visage, surtout celui de sa mère dont il fixe les yeux. « Le visage de naissance est un relais de l'intérieur et

il est le seul à pouvoir transformer l'acte physique de mise au monde en acte de naissance. » L'enfant connaissait « la totalité » in utero et il se retrouve perdu, dans un nouveau milieu où rien n'est connu. C'est donc dans le « champ maternel » qu'il va trouver un substitut à cette totalité. Le champ maternel est un espace psychique qui fait continuité au monde utérin. C'est un peu la « poche marsupiale humaine ». C'est un espace déterminé par les bras de la mère, son toucher, son regard, la sonorité de sa voix...

Comme Freud (1926) l'évoquait «La mère, qui d'abord avait satisfait tous les besoins du fœtus par les dispositifs somatiques de la grossesse, continue, après la naissance encore, à remplir la même fonction (...) L'objet maternel psychique, remplace pour l'enfant la situation fœtale biologique.»

Stern (1997) a introduit la notion de «constellation maternelle». Cela illustre le fait que dans les premiers mois voire années de vie de son enfant, elle adopte une organisation psychique différente, entre la relation à sa mère (comme sa mère quand elle était enfant), à elle-même en tant que mère et avec son bébé. Il inclut plusieurs thèmes à cette notion de constellation maternelle: «la croissance de la vie» (subvenir à la vie, au développement de l'enfant), «la relation primaire» (assurer le développement psychique de son enfant en s'engageant émotionnellement et authentiquement), « la matrice de soutien » (créer un support nécessaire à l'accomplissement de toutes ces fonctions) et «la réorganisation identitaire» (transformer son identité propre pour assurer ces fonctions).

Winnicott (1956) a décrit un état, qui augmente pour atteindre un degré de sensibilité accrue en fin de grossesse et se poursuit les premières semaines de vie de l'enfant: la « préoccupation maternelle primaire ». Il parle d'un état dont les mères ne se souviennent que difficilement lorsqu'elles en sont remises, voire qu'elles ont tendance à en refouler le souvenir.

La naissance a marqué le début du stade oral dans le développement de l'enfant, dont la théorie a été établie par Freud. La mère va alors chercher à satisfaire la pulsion orale de son bébé par l'alimentation, la sensorialité. La « enough good mother » de Winnicott (1966), traduite par « mère suffisamment bonne » ou « mère ordinaire normalement dévouée », donne de façon inconsciente et désintéressée, afin de combler les besoins de son enfant.

Delassus évoque ce don maternel. La mère donne et l'important n'est pas l'objet du don, mais l'intention du don. Si l'intention est de reproduire la sensation de totalité à l'enfant alors c'est cela qu'il recevra. Il est nécessaire d'avoir un tiers validant le don, l'autre parent dans l'idéal, un parent proche ou un soignant, qui confirme que le don a eu lieu et a bien été reçu, qui conforte la mère dans ses capacités à donner.

Le don et sa capacité s'exposent dans la moindre circonstance, un regard, un câlin, un soin, mais plus que tout autre, au moment de l'allaitement. On parle ici d'allaitement au sens large, la contenance dans les bras de la mère avec l'acte de nourrissage, la relation et les interactions qui se jouent à ce moment. L'enfant reçoit alors la totalité au dehors par le contenant méta-utérin (bras fermes, contenant, souplesse et chaleur de la chair maternelle) et au dedans par la satisfaction alimentaire (la totalité est ingérée). L'organe de l'allaitement au-delà du sein mammaire, de la peau de la mère qui rassure et succède au sein utérin, est aussi le visage. Le visage maternel prend le relais de sa vision intérieure.

Delassus a travaillé autour d'observation vidéos de ces échanges mère-enfant pendant l'allaitement, il a ensuite individualisé trois phases :

- la phase d'absorption où le bébé se nourrit, en profondeur, il retrouve les sensations du dedans, se rassure et se rassasie. La mère contemple, elle sourit d'abord de la satisfaction de la réussite du don et recherche un témoin, puis quelques minutes plus tard, elle sourit plus intérieurement cette fois, fière, l'œil brillant de plaisir.

-la phase de relation : le bébé voit le visage de sa mère , il continue de se nourrir mais l'absorption ne vient plus que de l'intérieur, elle est aussi attirée par l'extérieur. Les regards se rencontrent, il y a réflexion , de la satisfaction maternelle sur l'enfant, il a l'impression de voir ce qu'il ressent et il renvoie alors à la mère cette satisfaction. Delassus parle de « miroir de l'allaitement ». Cela rejoint la théorie de Winnicott (1974) évoquant que dans le développement émotionnel de l'individu, le premier miroir de l'enfant est le visage de sa mère.

-la phase d'extension : l'expérience du visage de la mère devient l'expérience au monde, il n'y a plus l'étrangeté rencontrée à la naissance par rapport à sa totalité originelle in utero. Grâce à la mère, il se construit une nouvelle version natale, la totalité originelle.

« L'allaitement est une situation au cours de laquelle la naissance est répétée, consolidée et développée jusqu'à acquérir une forme psychique stable. » (Delassus, 2005)

Winnicott (1971) parle du « premier repas théorique », il fait l'hypothèse que le bébé a une contribution personnelle à apporter à ce premier repas. Il envisage l'allaitement comme un processus de naissance auquel participe la « créativité primaire » du bébé dans le cadre d'une présence et d'une assistance maternelle.

Pour Stern (1999), les trois phases de l'allaitement sont assez semblables à celles de Delassus mais il note dans la phase 2 que la mère va relancer, par des stimulations, de plus en plus variées (agitation du sein ou du biberon, caresses, paroles...) au fur et à mesure du repas, la succion de l'enfant. « Il est difficile de savoir, qui, en l'occurrence, est le chef d'orchestre, mais ce que fait la mère, c'est chaque fois, une régulation de l'attention du bébé par l'introduction d'un nouvel instrument dans cette musique qu'ils créent ensemble ». La phase 3 est pour lui le fait de sombrer dans le sommeil, accompagné de façon de plus en plus douce par la mère.

Dans son livre *Construire et soigner la relation mère-enfant*, Marie-Dominique Amy (2008) insiste sur l'absence d'existence d'instinct maternel. Elle appelle phase d'« accordance » la période où la mère (et le père) apprend à décrypter les signes de son bébé afin de satisfaire ses besoins primaires mais aussi affectifs, de réassurance et de plaisir.

Cette mère peut avoir des failles, d'ailleurs nécessaires selon Winnicott et son concept de « mère suffisamment bonne », sous entendant qu'elle doit être imparfaite. L'enfant a besoin de ressentir le manque, dans une juste mesure, pour se construire. Les trois piliers nécessaires pour Winnicott sont le *holding*, le portage de l'enfant, dont la meilleure contenance sont les bras de sa mère, le *handling*, le fait d'apporter les soins à l'enfant, lui permettant de dissocier son corps de l'environnement et l'*object presenting*, la façon d'éveiller son enfant au monde en l'entourant, l'accompagnant.

II.2. Le séjour en maternité, les difficultés maternelles rencontrées après la naissance.

J'aimerais maintenant exposer les difficultés maternelles pouvant être rencontrées en maternité. J'évoquerai dans un premier temps la notion de baby-blues, très répandue et pourtant difficile à définir, puis je ciblerai des symptômes plus précis et très présents dans mon exercice, ayant fait plus particulièrement l'objet de mon intérêt. Je n'aborderai pas ici les troubles psychologiques plus compliqués du post-partum (dépression post-partum, psychose puerpérale, etc)

II.2.a. Le baby-blues ou post-partum blues

Beaucoup de recherches ont lieu autour du baby-blues (ou post-partum blues). Comme son nom l'indique, c'est une phase qui se situe après la naissance, arrivant la plupart du temps entre trois et cinq jours après l'accouchement, pendant laquelle des difficultés maternelles s'expriment de façon multiple et intense. Si devenir mère est un temps de crise, rite de passage entre puerpéralité et maternalité, il est facile de penser que la femme peut rencontrer des difficultés dans ce moment délicat.

« Toute femme, même la plus adaptée, même déjà mère, déjà installée dans la vie, avec un réseau tout tissé de liens, familiaux et amicaux, toute femme peut se perdre dans sa rencontre avec cet autre si familier et si étranger qui vient de naître. » Dans *Le baby-blues n'existe pas*, Patrick Bensoussan (2001) interpelle le lecteur sur le fait que cette phase de difficulté maternelle à l'arrivée d'un bébé peut atteindre toute femme, même déjà mère, est multi factorielle et surtout n'est pas anodine ; ce qui est souvent le problème en maternité. C'est tellement fréquent que l'on va négliger sa prise en charge auprès des femmes. En mettant tous les symptômes de mal-être du post-partum immédiat sous le terme de baby-blues, on rend cela normal, presque reconnu comme un passage obligé. Or, il y a autant de « baby-blues » différents que de nouvelles mères et « le baby-blues s'il existe doit permettre qu'on vous écoute et qu'on vous parle ». Cet état peut en partie s'expliquer par un phénomène d'ambivalence, le désir d'être mère et celui d'être femme. La femme en devenant mère, devient étrangère à elle-même, elle se « dédouble ».

Il y a d'abord la fatigue, les bouleversements hormonaux, le stress provoqué par la naissance, influencé par le vécu de l'accouchement, l'anxiété autour de ce nouveau rôle, le manque de confiance de la jeune mère en ses capacités, l'établissement parfois chaotique de la relation mère-enfant.

J'ai choisi de développer certains des symptômes les plus présents dans ma pratique, qui représentaient pour moi les freins principaux au bien-être psychologique des femmes en post-partum.

II.2.b. Fatigue

En fin de grossesse, la femme est soumise à de nombreux freins au repos. Les modifications physiques rendant les positions de moins en moins confortables, un reflux gastro oesophagien parfois, et souvent des périodes d'insomnies rendant les dernières nuits assez curieuses...

C'est donc déjà dans un état de fatigue qu'elle vient accoucher. A celle-ci se rajoute, la fatigue du travail, dont la durée peut dépasser les 24h, puis celle de l'accouchement, pour lequel la femme va puiser dans ces dernières réserves alors même qu'elle croit bien souvent « ne pas trouver l'énergie ». S'ensuivent les premières journées et nuits en maternité, entrecoupées par les pleurs de bébé, les moments d'allaitement et quand bien même bébé dort, elle a parfois des moments d'éveil, de contemplation de ce petit être fraîchement né, qui la subjugué.

Plusieurs études se sont intéressées aux facteurs prédictifs de dépression post-partum. La fatigue revient souvent comme un facteur favorisant, notamment dans l'une d'elle qui ne s'intéressait qu'à ce critère (Bozoky et al, 2002)

II.2.c. Difficultés face au vécu de l'accouchement, générateur de stress

Comme nous l'avons évoqué, l'accouchement est toujours un chamboulement. Mais selon son déroulement, de façon plus ou moins physiologique, plus ou moins près de ce que la femme imaginait, il ne laissera pas les mêmes traces. Il est important de prendre en compte ce vécu, dont le ressenti est parfois discordant avec le versant théorique obstétrical. Il n'est pas rare d'entendre une femme ravie de son accouchement alors qu'elle a eu un forceps, une épisiotomie et une

hémorragie ; et à l'inverse une femme qui a du mal à se remettre du fait que son mari n'ait pas pu couper le cordon parce que son bébé en avait deux tours au cou par exemple. Chacune d'entre elle projette la venue au monde de son enfant de manière singulière et ne s'attache pas aux mêmes « critères de réussite ». La plupart du temps, on retrouve néanmoins une proportionnalité entre la multiplication des obstacles à la naissance physiologique (déclenchement, instruments, césariennes, hémorragie, réanimation néonatale..), et la détresse maternelle en post-partum.

Le sujet des violences obstétricales est très actuel, un article rédigé par des psychologues (Michel et al, 2018) en soulève les aspects importants , notamment la nécessité d'entendre les femmes, sur leur vécu, la confrontation importante entre le subjectif et l'objectif. Il suffit parfois de quelques explications, si elles n'ont pas pu être faites en amont, pour que la femme puisse percevoir les évènements passés ou l'acte réalisé comme nécessaire et normal plutôt que comme un acte de violence. Enfin on met aussi le doigt sur la nécessité de la remise en question des pratiques autant que nécessaire pour que cet acte de naissance soit le moins possible vécu comme un évènement violent.

Le stress est une capacité d'adaptation de l'organisme à un évènement de vie. Il est naturel que l'accouchement génère un stress. En revanche, cela peut parfois verser du côté pathologique et générer un stress post traumatique. Un article faisant revue de la littérature sur ce sujet indique que « la reconnaissance de l'accouchement comme un évènement potentiellement traumatique est récente » (Callahan et al, 2009). Les auteurs rapportent que certaines études ont observé un bénéfice au débriefing psychologique sur l'accouchement en post partum, sur la diminution des syndromes dépressifs et traumatiques, bien que d'autres n'arrivent pas au même résultat. Il paraît intéressant de favoriser l'écoute, le dialogue avec les femmes dès le séjour à la maternité, avec les équipes obstétricales et l'intervention de psychologues si nécessaire.

II.2.d. Anxiété et manque de confiance en ses capacités

J'ai choisi de regrouper ces deux items car souvent liés. La nouvelle mère a peur, de beaucoup de choses, souvent de ne pas savoir faire, de ne pas pouvoir offrir à son nouveau-né les soins d'une qualité suffisante, une présence rassurante, un amour inconditionnel...

Delassus (2005) parle du délai entre la naissance et la mise en place de la structure du don et de son retour, comme le temps de latence où la mère est la plus vulnérable, souffrant d'incertitude et tenaillée par la peur que l'entreprise ait été vaine, qu'elle ne se retrouve pas dans cette maternité. « C'est un désespoir à fleur de peau, car plus rien n'est sûr et tout peut s'effondrer. »

Lorsque survient un retour positif venant de son enfant mais aussi la fameuse approbation d'un tiers, la mère peut commencer à croire en sa capacité à être mère et ainsi diminuer son niveau d'anxiété. Parfois l'anxiété est très forte ou semble disproportionnée au risque, notamment sur la peur de voir son enfant mourir. Je pense que toute mère a, dès lors qu'elle met au monde un enfant, cette peur légitime. Mais lorsque cela devient une angoisse permanente, peur de soi-même provoquer la mort de son enfant, en toute circonstance, cela devient problématique. Certaines patientes ne veulent pas fermer l'œil pour ne pas louper l'étouffement du bébé, ou prennent mille précautions pour changer la couche de leur enfant de peur de le faire tomber, de le blesser. Cela peut devenir incompatible avec un quotidien serein et une bonne relation mère-enfant.

Certaines femmes évoquent également la peur de la pulsion négative vers leur enfant, ce sont des paroles à accueillir avec bienveillance car il est rare que ces pensées deviennent des gestes mais cela veut dire quelque chose. Cela peut aussi évoquer des troubles psychiques du post-partum plus compliqués que nous ne traiterons pas ici.

Winnicott évoquait l'ambivalence entre l'amour fou que déclenche cette rencontre entre la mère et le nouveau-né et la haine qu'elle peut également éprouver à son égard, en toute inconscience bien sûr. Il a écrit, dans un ouvrage sur le contre-transfert (Winnicott, 1947), les 17 raisons pour lesquelles une mère peut haïr son enfant. On retrouve notamment, la perturbation de son quotidien, l'interférence à sa vie privée, les douleurs qu'il peut provoquer au sein, le fait que de l'état de la mère dépend de l'état du bébé, etc.

Une doctorante en médecine s'intéressait pour sa thèse à la confiance maternelle (Lethu Abtey, 2008). Son étude relatait du ressenti avant pendant et après naissance des femmes quant à la confiance qu'elles avaient, en elles-mêmes et en leurs capacités maternelles, le rôle de l'entourage et de l'accompagnement des professionnels. Il en ressort que le sentiment de confiance évolue au fur et à mesure de la grossesse, en fonction des informations et de l'écoute qu'elles reçoivent, de

l'appropriation de ce corps qui change, de l'éloignement du risque de prématurité. En post-partum, c'est toujours l'écoute et l'accompagnement qui semblent jouer un rôle primordial. L'allaitement maternel est vécu comme augmentant leur confiance, puisqu'elles ont la satisfaction de répondre pleinement au besoin alimentaire de leur enfant, pouvant se féliciter de la bonne croissance de leur nouveau-né. En revanche dans une autre étude portant sur les caractéristiques du baby-blues sévère, l'allaitement apparaissait significativement lié à celui-ci (Glangeaud-Freudenthal, 2006). L'explication réside probablement dans le fait que, la période de mise en place amène la mère à des doutes, de la fatigue et des douleurs, mais une fois la lactation instaurée et l'équilibre trouvé, il devient source de satisfaction. Une hypothèse était aussi que les femmes qui n'allaitaient pas bénéficiaient alors d'un traitement pour inhiber la lactation ayant un potentiel effet anti-dépresseur, ce qui biaisait les résultats.

Une étude menée auprès de 68 femmes primipares a évalué la présence éventuelle et l'évolution de déterminants de l'anxiété en fin de grossesse et jusqu'au troisième mois post-partum (Capponi, 2005). Il en ressort que le niveau d'anxiété autour de la naissance est corrélé mais pas forcément proportionnel à l'état anxieux de base de la patiente. Il est également corrélé au niveau relationnel proche de la patiente (l'autre parent du bébé, sa propre mère, la famille et la belle-famille), son soutien social. « Ce qui pourrait manquer aux jeunes mères, ce serait d'être reconnue comme sujet de relations, de paroles, sujet ayant une vie psychique en mouvement. » L'auto-évaluation quantitative de ce que l'on pourrait appeler les « capacités maternelles » serait bien corrélé négativement au niveau anxieux, plus une mère est confiante en ses compétences en matière de maternage, moins elle serait anxieuse.

Enfin une autre étude américaine, a montré que l'accompagnement physique et psychique par une « doula », qui dans cette étude pouvait être une sage-femme ou étudiante sage-femme mais ne pratiquait que du soutien moral, réassurance, massage, explications théoriques sur les événements, diminuerait la perception douloureuse pendant l'accouchement, l'anxiété à court et long terme, faciliterait l'instauration de la relation avec le bébé, diminuerait les dépressions post-partum et améliorerait l'estime de soi (Kennell et al, 1997)

Quand on sait la part importante de la relation thérapeutique en hypnose, on peut déjà deviner le bénéfice de cette pratique autour de la naissance.

II.3. Hypnose et obstétrique

II.3.a. Les débuts, motivés par la gestion de la douleur

Selon Yves Halfon (2008), les premières expériences d'hypnose autour de l'accouchement furent rapportées au milieu du XIXe siècle. Ensuite, les Russes auraient été les pionniers de l'utilisation de l'hypnose en obstétrique, ayant fait beaucoup de recherches sur l'analgésie hypnotique. Cela aurait inspiré la méthode Lamaze en France (l'accouchement sans douleur).

L'hypnose a refait sa place au sein des maternités en France depuis quelques années. D'abord amenée par le versant anesthésique, elle a intéressé les sage-femmes dans la mesure où elle apporte un outil de gestion de la douleur en attente ou à la place d'une analgésie péridurale. «L'hypnose module l'intensité de la sensation douloureuse et la composante émotionnelle en agissant au niveau cérébral et au niveau spinal. Son action ne passe pas par le système endorphinique(...)» (Wood, 2016)

II.3.b. Importance du versant relationnel, créer l'alliance thérapeutique

L'hypnose, selon la définition d'Antoine Bioy (2014) est un "mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi.»¹ Cette définition implique que la pratique de l'hypnose recouvre deux dimensions : à la fois un état modifié de conscience, mais aussi une relation singulière.

Yves Halfon (2008) en parle dans un article sur l'hypnose comme aide analgésique pendant l'accouchement : «L'hypnose est aussi une relation particulière entre le patient et le praticien, fait de respect et de confiance.»

Les situations ne se prêtent pas toujours à l'hypnose formelle en obstétrique, mais en favorisant le contact physique, visuel et en adoptant une communication hypnotique, cela renforce la sensation de soutien perçue par la patiente, et permet de diminuer l'anxiété, une des composantes essentielles de la perception douloureuse .

¹ www.hypnose.fr/hypnose/lexique-hypnose (03/06/2019)

Selon Stern (1997), comme la mère est dans une organisation psychique différente (« constellation maternelle »), il est important pour le thérapeute d'aborder cette patiente de façon différente afin de créer une bonne alliance thérapeutique . Il parle du « transfert de la bonne grand-mère ».

Yves Halfon (2007) évoque également l'analogie entre la relation mère-enfant et la relation hypnothérapeute-patient. L'hypnose passe beaucoup par la voix, comme celle de la mère qui veut apaiser son enfant. La femme qui devient mère est dans cette recherche de tendresse qu'elle va puiser dans son passé, alors qu'elle-même va devoir mater son petit. Au-delà des suggestions thérapeutiques, l'hypnose, dans sa composante relationnelle, la renvoie à des souvenirs relationnels d'enfance rassurants.

II.3.c. L'hypnose facilitée autour de la naissance ?

Compte tenu de l'état psychique particulier de la femme autour de la naissance, nous pouvons faire l'hypothèse que la femme est plus réceptive à l'hypnose qu'en dehors de cette période. On peut penser que l'état de transparence psychique, frontière plus fine entre conscient et inconscient aide la femme à accéder à l'état de dissociation recherché en hypnose. De plus , la future ou jeune mère est en recherche de soutien, de repères, elle peut davantage se laisser aller à l'état hypnotique guidée par le praticien bienveillant. L'alliance thérapeutique nécessaire à l'hypnose est généralement aisée à créer, la femme se lie facilement à la personne qui lui offre de l'aide.

Une étude australienne (Beth and al, 2019) a suivi un groupe de patientes avant pendant et après grossesse. Leur capacité à entrer en hypnose (« hypnotisability ») a été évalué par une échelle d'imagination créative (« Creative Imagination Scale »). Les scores étaient significativement plus élevés chez la femme enceinte, faisant donc penser que les femmes sont plus réceptives à l'hypnose en état de grossesse. Ceci irait donc dans le sens de l'hypothèse formulée précédemment.

Sur un versant hormonal, une étude aurait mis en évidence que l'état d'hypnose était plus facilement accessible chez une personne soumise à de l'ocytocine (Bryant et al, 2011). Nous

pouvons donc imaginer que le bénéfice est majeur pendant le travail et l'accouchement, voire perdue chez la femme qui allaite puisque l'ocytocine est à la fois l'hormone faisant contracter l'utérus et provoquant l'éjection du lait maternel.

II.3.d. Les différents champs d'applications de l'hypnose en obstétrique

L'hypnose est de plus en plus proposée en préparation à la naissance. L'objectif est d'apporter à la patiente des outils à retrouver le jour de l'accouchement par le biais de l'auto-hypnose, mais aussi de diminuer l'anxiété et le stress que peuvent présenter la femme enceinte. Nous discuterons plus loin d'un potentiel effet à plus long terme également.

L'hypnose a fortement sa place en salle de naissance où elle intervient dans le champ de la douleur et de la peur. La relation patiente/sage-femme a cette particularité qu'elle se situe de l'ordre de la distance intime (rapport aux différentes distances de communication, Bioy 2017), alors qu'elle se joue entre deux personnes étrangères. Lorsque l'on accompagne les femmes dans la douleur, elles s'abandonnent facilement et sont très réceptives aux suggestions que l'on peut leur faire à ce moment. Une revue de 27 études portant sur le sujet de l'auto-hypnose pendant la travail a montré qu'il y aurait une réduction de la durée du travail et de la douleur (Corey et al, 2007) bien qu'il faudrait une étude de plus grande ampleur, multicentrique et randomisée pour que le niveau de preuve soit intéressant.

II.3.e. Cas particulier du post-partum et problématique

L'hypnose semble être peu utilisée en post-partum, cela se constate également au niveau de la littérature pauvre voire inexistante à ce sujet. Or, les problématiques y sont nombreuses, d'un point de vue des désagréments physiques (la douleur y est très présente) mais aussi psychiques, sujet auquel je me suis intéressée. Suite à l'étude des problématiques psychologiques des nouvelles mères exposées ci-avant je me suis posée la question :

L'hypnose a-t-elle un effet bénéfique sur le bien-être psychologique des femmes en post-partum ?

Peut-on par l'hypnose diminuer l'anxiété, le stress, améliorer la confiance des mères en leurs capacités, apporter du dynamisme, de l'optimisme de façon plus intense et plus rapide qu'avec les échanges verbaux bienveillant classiques ?

III. Méthodologie

III.1. Présentation du cadre

J'exerce au sein d'une maternité de niveau III, c'est à dire avec le plus haut niveau de prise en charge, en terme de pathologies maternelles, de prématurité, de pathologies fœtales et néonatales. Nous bénéficions donc d'un service de surveillance de grossesses pathologiques, de salles de naissances, de suites de couches, de néonatalogie, de réanimation néonatale et récemment d'une « unité kangourou » qui permet l'hospitalisation dans la même chambre de la mère et du nouveau-né quand sa prise en charge relève de moyens raisonnables, selon des critères précis.

En tant que sage-femme à l'hôpital, il est possible d'exercer en consultations obstétricales et préparation à la naissance, ou dans les services d'hospitalisation de grossesses pathologiques, de salles de naissance (pré-travail, travail, accouchement et post-partum immédiat), de suites de couches « bas risque » (grossesse et accouchement physiologiques, nouveau-né avec surveillance simple), haut risque (grossesse pathologique et/ou accouchement pathologique à type de césarienne, extraction instrumentale, hémorragie... et nouveau-né avec surveillance simple) et unité kangourou où l'on s'occupe uniquement du versant maternel.

Le rôle de la sage-femme en suites de couches est d'assurer la surveillance médicale maternelle et néonatale, en veillant à bien recueillir toutes les données de l'anamnèse nécessaire à la bonne prise en charge, les antécédents, le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, le vécu de la patiente, les résultats d'examens..., prodiguer des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé, repérer les situations de vulnérabilité (évaluation du lien mère enfant,

conduites à risque), accompagner la mise en place de l'allaitement maternel, prévenir ses complications potentielles².

La période concernée par mon étude était le temps d'hospitalisation de la mère en maternité, j'ai donc réalisé mes séances au sein des services de suites de couches à bas et haut risque et d'unité kangourou.

Mes journées sont organisées en 12h30 de travail de 8h à 20h30 (ou la nuit de 20 à 8h30), la première partie étant davantage consacrée aux soins, la seconde plus orientée sur l'étude approfondie des dossiers des patientes afin de collecter et traiter toutes les informations nécessaires à une prise en charge optimale, mêlée à des soins également. Nous avons un turn-over assez important avec plusieurs sorties dans la matinée et des entrées tout au long de la journée.

Des assistantes sociales et des psychologues interviennent à notre demande. Parfois, les patientes sont déjà connues en pré-partum, pour d'autres, les situations de vulnérabilité sont dépistées dans le service.

III.2. Présentation des patientes

J'ai choisi de proposer des séances d'hypnose aux patientes ayant eu tous types d'accouchement et présentant un discours pouvant évoquer un mal-être psychologique : un discours pessimiste, de manque de confiance en leurs capacités (par exemple sur des difficultés de mise en place de l'allaitement), d'anxiété, de doutes par rapport à leur bébé. Une mauvaise expérience d'accouchement et une fatigue accablante n'étaient pas des critères de recrutement mais pouvaient être liés à cet état d'esprit.

Je leur ai proposé les séances d'hypnose dans un objectif de leur apporter un bien-être dans ce moment difficile du post-partum. J'ai recruté deux patientes sur trois parmi celles que j'avais en charge dans le service. Par une problématique de manque de temps pour pratiquer l'hypnose, je suis revenue sur un jour de repos, j'ai recruté une troisième patiente et ai pu proposer une deuxième

²<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf> (27/05/2019)

séance à une patiente connue. Au final je ferai donc le récit de 4 séances, dont deux chez la même patiente. Chaque patiente a consenti à ce que je fasse un enregistrement audio des séances (afin de faciliter une retranscription fidèle) et à ce que j'utilise leurs expériences de façon anonyme pour la réalisation de mon mémoire.

Pour chaque cas, je présenterai dans un premier temps l'anamnèse de la patiente, le contexte de notre rencontre et les symptômes observés qui m'ont amenée à lui proposer l'hypnose. Dans un second temps, je raconterai le déroulement de la séance. Enfin, j'exposerai pour chaque patiente, les résultats observés à court voire moyen terme.

Mon attente principale était d'avoir un outil différent au simple échange verbal bienveillant que j'avais jusqu'alors avec les patientes et qui me limitait parfois dans la réponse obtenue. En effet, certaines patientes sont tellement enfermées dans leurs sensations négatives qu'il est difficile, par le seul dialogue conscient, de réussir à leur apporter un mieux-être, d'autant plus que le séjour en maternité est souvent court. J'attendais donc de l'hypnose un effet plus intense et plus rapide.

IV. Étude des cas et résultats

IV.1. Cas n°1 Mme C.

IV.1.a. Anamnèse

Il s'agit de madame C. 32 ans, troisième pare, placée à la naissance jusqu'à l'âge de 14 ans, séropositive au VIH depuis 2002, traitée efficacement. Elle a deux enfants d'une première union de 11 et 13 ans dont elle a la garde exclusive. Récemment divorcée d'un autre homme, mais grossesse débutée de façon inopinée avec ce monsieur. A eu du mal à l'accepter car arrive dans un contexte de violences, mais finalement ravie, le papa ne reconnaîtra pas le bébé.

Le père de sa famille d'accueil est décédé pendant la grossesse, ce qui représente un coup dur pour elle, bien qu'étant retournée vivre avec sa mère à 14 ans, ses parents d'accueil ont toujours été ses référents, ses piliers. Sa grossesse est mal accueillie par sa famille biologique, elle reçoit peu

de soutien. En revanche, elle a un noyau amical satisfaisant, une amie s'occupe de ses enfants pendant son séjour à la maternité.

Elle s'est sentie malmenée pendant le suivi de grossesse, impression d'être jugée par rapport à sa séropositivité par des secrétaires, une interne en échographie, victime de paroles qui l'ont blessée, déstabilisée.

Le vécu de son accouchement est plutôt positif. Elle a trouvé le personnel bienveillant, s'est sentie accompagnée. Elle a eu un accouchement par voie basse rapide, sans péridurale, un peu déstabilisant mais elle a été soulagée rapidement et heureuse que son bébé s'adapte bien à la naissance.

Les vingt-quatre premières heures ont été compliquées car son bébé faisait des petits épisodes de détresse respiratoire du fait d'un encombrement des voies aériennes par des glaires, se solutionnant spontanément à chaque fois.

Elle est à J1 de son accouchement lorsque je la rencontre, très anxieuse quant à l'état de son bébé, elle appelle en urgence dès qu'elle le voit déglutir même si aucun signe de détresse respiratoire n'est présent. Elle se demande comment elle fera à la maison si cela se reproduit, si cela lui arrive alors qu'elle dort. Elle n'a pas réussi à fermer l'œil depuis la veille du fait de ces inquiétudes. Bien que le personnel tente de la rassurer, elle n'arrive pas à se poser et elle n'a personne pour prendre le relais auprès d'elle.

Je passe un moment à discuter le matin avec elle et nous programmons une séance d'hypnose pour la fin d'après-midi.

IV.1.b.Séance

Bébé est un peu agité en début de séance, se tortille, se calme bien dans les bras avec succion, je propose donc à la patiente de le garder dans mes bras en le berçant pendant que nous réalisons la séance d'hypnose, ce qu'elle accepte.

Je propose une induction classique, en passant en revue tout son corps, doucement, afin qu'elle puisse réussir à se poser complètement, j'inclue la respiration qui s'installe lente et profonde sans trop de difficultés. J'inclue, quand ils apparaissent les bruits environnants, ceux de son bébé, (qui est « bien en sécurité »), bruits du couloir, des sonnettes etc

Lorsque je pense qu'elle est entrée en hypnose (le fait qu'elle ne réagisse pas aux bruits produits par son bébé me conforte dans ce sens), je lui propose d'imaginer, dans un lieu neutre, une boîte, solide, suffisamment grande pour y laisser des choses, des phrases, des émotions, des gestes, des actes, des pensées qui l'ont récemment atteinte, et qui parasitent actuellement son potentiel bien-être.

Elle prend le temps de faire cela et lorsqu'elle pense avoir rangé suffisamment de choses elle me signale d'un geste du doigt (signaling) qu'elle met quelques secondes à réaliser . Je lui propose ensuite de fermer très solidement cette boîte avec plusieurs sécurités et de s'en séparer, éventuellement de l'enfouir, dans un endroit qu'elle n'a pas l'habitude de visiter, mais en restant accessible au besoin.

Dans un second temps je lui propose d'imaginer un lieu de bien-être, de sécurité, lieu réel ou imaginaire. Je lui propose d'en imaginer les composantes visuelles, auditives, olfactives, les sensations que ce lieu lui procure.

A ce moment, je me fais appeler dans le couloir et laisse la patiente deux minutes seule en la prévenant très brièvement (« je vous laisse quelques instants »), puis revient auprès d'elle. Comme elle m'a évoqué le sentiment d'unité qu'elle avait avec ses enfants (« comme des parties de moi »), je lui suggère qu'ils peuvent l'accompagner, si elle le souhaite, dans ce lieu de sécurité. Je lui suggère que son bébé est calme, confortable à ses côtés, qu'elle est pour lui sécurisante, rassurante. Je saupoudre de valorisations diverses sur ses capacités maternelles, qu'elle est la plus à même à savoir ce qui est bon pour son bébé. « De la même façon que quand vous rentrerez à la maison, c'est que vous serez en pleine capacité de vous occuper seule de votre bébé, de reconnaître ses besoins et de continuer d'assurer sa sécurité tout en menant une vie confortable. »

Je finis par des suggestions d'auto-hypnose, pour qu'elle puisse retrouver lorsqu'elle le souhaite ce lieu confortable et l'état de détente associé. Je l'invite à réveiller son corps puis reprendre une respiration plus dynamique et rouvrir ses yeux.

IV.1.c. Résultat

Elle me regarde, souriante, me remercie car cela faisait longtemps qu'elle n'avait pas ressenti cette détente, ce qui me paraît déjà satisfaisant vu l'état de tensions, d'hypervigilance dans lequel elle était. Elle m'évoque qu'elle n'avait pas très envie de revenir et comme son bébé dort maintenant, je lui propose de le poser dans son berceau et d'en profiter pour sommeiller quelques minutes, ce qu'elle accepte.

Je la revois le lendemain, elle me dit se sentir vraiment mieux, son bébé mange correctement, on s'éloigne dans le temps des moments de détresse respiratoire et elle se sent davantage « confiante ». Elle me dit que le fait d'entendre ces choses rassurantes l'a aidée à se convaincre que son bébé allait bien et se rassurer sur ses capacités maternelles. D'elle-même m'évoque le fait qu'elle a bien réussi à s'occuper de deux enfants seule, nés à un an d'intervalle, chose que je n'avais même pas pensé à mettre en avant.

En revanche la première partie de la séance lui a semblé un peu plus floue, elle avait trop de choses à ranger dans cette boîte, a pris le temps de trier les éléments les plus dérangeants, mais n'est pas sûre d'y trouver un intérêt. Je lui explique qu'elle n'est pas obligée d'y réfléchir et que rien n'est figé, tout est modifiable.

De mon côté, je lui évoque l'interruption et m'excuse d'être sortie (son bébé dans les bras), sans trop la prévenir. Elle a bien compris la situation et a réussi à se remettre rapidement dans sa transe.

IV.2. Cas n°2 Mme S.

IV.2.a. Anamnèse

Mme S, 32 ans, mariée, primipare. Famille éloignée géographiquement (Algérie et région parisienne) mais très envahissante par des appels, des conseils permanents, notamment par sa mère, frustrée de ne pas pouvoir être auprès d'elle. Son mari est très présent.

Elle a accouché suite à une rupture prématurée des membranes à 34 semaines d'aménorrhée, soit 7 mois et demi de grossesse. Il s'agit d'une prématurité modérée où les bébés respirent souvent naturellement bien, et n'ont besoin que d'une assistance pour maintenir leur température et se nourrir. Son bébé est « scopé » pour une surveillance classique de ses constantes (pouls, saturation en oxygène et température), est dans une couveuse quand il n'est pas en peau à peau avec un de ses parents (passe beaucoup de temps sur sa maman). Il est nourri majoritairement au lait de mère par une sonde naso-gastrique mais commence à téter au sein brillamment. Je connais cette patiente depuis deux jours et ai bien conscience qu'elle présente une anxiété très importante quant à l'état de son bébé, bien qu'il se comporte très positivement par rapport à son terme. J'ai contacté la psychologue afin qu'elle puisse la voir pendant son séjour.

Je propose à la patiente une séance d'hypnose à laquelle elle est très favorable

IV.2.b. Séance N°1

La femme est allongée sur son lit et souhaite garder son bébé en peau à peau pendant la séance. Je m'installe dans un premier temps dans un fauteuil à côté d'elle mais elle préfère que je lui fasse face. Je propose une induction classique, en utilisant son bébé dans le VAKOG, sa chaleur, son odeur, sa douceur...et l'installation de la respiration, comme un bercement. Elle a fermé les yeux dès mes premiers mots mais les ouvre régulièrement comme pour mener une conversation avec moi, je ratifie donc quand elle les referme, et lui suggère que je vais lui parler mais qu'elle n'est pas obligée de tout écouter ... A l'évocation de la chaleur de son bébé, de sa détente elle me parle du lien qui la bouleverse, de l'amour qu'elle ressent pour son bébé. Je l'écoute, lui réponds et la valorise dans ce qu'elle fait pour son bébé, les contacts multiples qu'elle lui offre.

Je lui propose ensuite une nouvelle fois de réinstaller l'induction, en espérant qu'elle y aille plus profondément. Je lui suggère ensuite l'installation dans un lieu agréable pour elle , peut-être familial, elle me répond qu'elle est sur son lit chez elle. Je lui propose maintenant d'imaginer un écran de petite taille à distance , où elle peut revoir les dernières images positives de sa grossesse, la préparation de la venue de bébé, jusqu'au moment où les plans qu'elle avait fait dans sa tête ont été bouleversés. Elle ouvre à nouveau les yeux et commence à me raconter en détail le déroulement des événements depuis le départ à la maternité jusqu'au jour d'aujourd'hui. Elle a un discours serein avec une voix très monocorde, je me dis peut-être que la transe est un peu installée. Elle était persuadée qu'elle rentrerait chez elle rapidement. Or la rupture de la poche des eaux a été confirmée, elle s'est mise en travail et bébé a présenté des ralentissements du cœur à deux reprises qui ont fait précipiter les choses, notamment une menace de césarienne en urgence. Elle a finalement accouché voix basse et bébé a respiré seul, elle a pu l'avoir sur le ventre, alors qu'elle pensait qu'il serait « dans le coma en réanimation ». Au fur et à mesure de son récit je confirme ou je réexplique les choses car il y a manifestement des éléments qui ont été mal compris dans la précipitation . La narration de la naissance amène des larmes, elle m'évoque la peur permanente de le perdre, notamment quand elle l'a revu en couveuse, ce qui est tout à fait normal pour le terme, elle pensait qu'il allait mourir car « un bébé en couveuse était forcément très malade ». Elle n'arrivait pas à croire le discours des équipes pensant que l'on voulait juste la rassurer alors que les choses se déroulaient mal. Je reconnais que dans l'urgence, les informations qu'on lui a données n'ont sûrement été ni suffisantes ni assez claires. De son côté elle reconnaît ne pas avoir été disposée à les entendre, quoiqu'on lui dise, elle ne pouvait pas être rassurée

J'explique à nouveau les choses, en insistant sur le fait que son bébé est bien vivant, que le pronostic vital n'est en aucun cas engagé et que s'il continuait sur ce chemin, elle pourrait le ramener à la maison dans quelques semaines. La narration a duré une trentaine de minutes, elle semble apaisée. Elle me confie, réussir tout juste à penser que son enfant va bien. On échange sur le côté technique de l'hospitalisation, elle se concentre sur des détails pratiques, notamment sur le type de plaque de cuisson dont est équipé l'espace d'accueil des parents dans les services de néonatalogie, alors qu'elle est dans une chambre de l'unité kangourou pour le moment et peut-être qu'elle y restera durant toute l'hospitalisation . Suite à cela, elle revient sur le jour de son

accouchement et elle m'évoque avoir ressenti le besoin de voir autour d'elle tous les gens qu'elle a connus dans sa vie et qui lui ont apporté du bon. Sa famille, ses amis, des professeurs...

Je lui propose une troisième fois, de repartir dans un état d'hypnose, dans l'idée d'installer de la visualisation positive pour la suite. On réinstalle un état de détente, elle choisit de se projeter sur une plage, près de la mer, elle a le sourire aux lèvres, j'intègre son bébé et je la sens bien. Comme elle continue de me répondre, je note sa grande réceptivité aux suggestions olfactives, l'odeur salée de l'air marin.. je fais l'analogie entre le bercement des vagues et celui de sa respiration. Je la conforte dans ses capacités, dans tout le bien être qu'elle apporte à son bébé, dans le fait qu'elle est la plus à même, accompagnée de son conjoint, à savoir ce qui est bon pour lui. Je la valorise dans le fait que son enfant est nourri par son propre lait et qu'elle réussit déjà à le mettre au sein.

C'est alors qu'elle m'évoque des peurs pour le futur, peur des accidents domestiques, de mettre à nouveau sa vie en jeu. Je la rassure, il est normal qu'elle soit inquiète, comme tout maman depuis la naissance de son enfant, mais qu'il serait bon pour elle qu'elle puisse vivre les choses au fur et à mesure, sans se laisser parasiter par des projections négatives. Ce qu'elle m'évoque ne semble pas chargé émotionnellement mais je ressens son besoin d'extérioriser tout ce qui lui passe dans la tête ; je renforce mes suggestions de confiance en ses capacités de mère, de la normalité de ses interrogations.

J'aurais voulu intégrer son entourage à la scène mais cela fait une heure que je suis avec elle et l'équipe pédiatrique est obligée d'intervenir pour les soins du bébé. Je termine cette conversation hypnotique en lui suggérant l'auto hypnose et en la ramenant tranquillement même si je n'ai pas l'impression qu'elle soit vraiment partie en transe. Je lui suggère que plus elle va raconter son histoire, comme il semble être son besoin actuel, plus la charge émotionnelle diminuera, et elle pourra augmenter sa confiance en elle.

IV.2.c. Résultat première séance

Elle me remercie vivement de mon passage et me dit que cela lui a fait beaucoup de bien.

Je recontacte la psychologue du service en lui expliquant notre séance et l'état de cette patiente, elle me dit que c'est bien qu'elle ait pu faire la narration de son accouchement, elle repassera la voir quelques jours plus tard. Après discussion avec elle, j'ai pris conscience qu'il était trop tôt pour évoquer en hypnose le vécu de l'accouchement, une discussion simplement autour des faits avant de débiter une séance d'hypnose à proprement dit aurait été suffisante, ce qui s'est finalement passé.

Je repasse voir la patiente dans la soirée, elle me dit se sentir mieux depuis nos échanges, bien que les craintes restent. Elle avait vraiment besoin de raconter son vécu et de laisser aller les émotions liées. Cela lui a fait du bien de se détendre avec son bébé, entendre des choses rassurantes, elle a réussi à se projeter avec son bébé ailleurs qu'à l'hôpital.

J'ai été assez déroutée par cette séance qui ne s'est pas tout à fait déroulée comme je la projetais, je ne suis pas sûre de pouvoir parler d'hypnose à proprement dit, mais je pense qu'elle était tout de même dans un certain état de dissociation, fluctuant avec un état de conscience critique. Quoiqu'il en soit, elle semble vraiment avoir ressenti un mieux-être dans l'immédiat, ce qui est déjà très satisfaisant pour elle.

IV.2.d. Deuxième séance

- Préambule

Je retrouve Mme S. deux semaines plus tard, toujours dans la même chambre d'unité kangourou. Le séjour se déroule bien, son bébé se développe parfaitement normalement, la sortie est envisagée le lendemain. Je trouve une patiente transformée, le temps d'hospitalisation lui a permis de cheminer. Elle me dit avoir pris beaucoup d'assurance avec son bébé, elle prend confiance en elle et l'équipe la valorise beaucoup. En effet, en discutant avec la puéricultrice qui s'occupe d'elle et de son bébé, elle a acquis des gestes très adroits dans les soins, a de bons réflexes et est complètement autonome dans son allaitement maternel. Elle me confie être très fière de cela, pouvoir nourrir son enfant elle-même exclusivement, reconnaître les signes de faim, mais aussi simplement les besoins de réconfort, de présence. Je lui propose une nouvelle séance d'hypnose, qu'elle accepte avec enthousiasme.

- Déroulement de la séance

Je lui propose cette fois de s'asseoir si elle le souhaite, elle y est favorable. Nous sommes face à face puisque cette configuration lui convient davantage. Je propose une induction classique, en l'invitant à prendre conscience de ses sens : « cette pièce qui vous est maintenant familière, dont vous connaissez les détails (...), votre bébé, tout près de vous, dont vous pourriez même connaître la position les yeux fermés », ce qu'elle fait rapidement ; les bruits de l'extérieur, « ce dehors que vous retrouverez bientôt », les oiseaux, la ville etc j'en profite pour lui parler de la lumière et de la chaleur du soleil qu'elle aura plaisir à retrouver aussi et à faire partager. Tout en instaurant une focalisation sur sa respiration calme, bienfaisante... je l'accompagne sur quelques cycles respiratoires, puis insiste sur l'autonomie de son corps dans cet exercice qui la régénère minute après minute , en la ramenant vers des sensations plus proches, les bruits de la ventilation, de son bébé qui se manifeste un peu. Puis des sensations intérieures, son corps porté par le fauteuil, contenu, ses muscles qui lui permettent de maintenir sa position, sans tension, qui la protègent également, à l'instar de sa peau. Ses pieds, bien ancrés dans le sol, qui la stabilisent complètement. Elle présente une respiration lente, régulière et, à la différence de la première séance, garde bien les yeux fermés malgré les manifestations, si minimes soient elles, de son bébé .

Je l'invite à visualiser, à ressentir un lieu extérieur, connu ou non, simple, qui lui convienne. Dans ce lieu, je lui propose d'imaginer un arbre, qui prend racine profondément dans le sol. Je lui laisse imaginer sa taille, sa forme, son ampleur... à mesure que le temps passe, il continue de croître en puisant par ses racines tout ce dont il a besoin, des éléments riches, eau, oxygène, nutriments. Ce puisage, qui ne s'arrête jamais, qui lui permet de continuer sa croissance vers le ciel, vers le soleil dont il va utiliser la lumière, la chaleur, pour se développer également. Il va développer des branches qui se ramifient, s'étoffent. Et sur chaque branche des bourgeons apparaissent, c'est le printemps. Ils deviendront bientôt des feuilles , ou de jolies fleurs rose, blanche... et donnera peut-être des fruits ; de très nombreux fruits, fascinants, riches qui pourront à leur tour apporter à un être vivant les nutriments nécessaire à sa croissance et son bien-être.

« De quelques racines, on arrive à quelque chose, de grand, fort, solide, productif, comme vous. On a tous la capacité à aller puiser dans nos racines et autour de nous, les richesses nécessaires à l'adaptation au milieu extérieur. » Je suggère plus directement l'analogie en la

confondant à cet arbre, « Vous pouvez peut-être sentir la chaleur sur vos branches, le vent qui vient les caresser doucement. Et ressentir cette solidité, quelque soit l'environnement extérieur, l'arbre reste debout, solide, fiable, vaillant, fort de toute cette énergie qu'il contient et qu'il renouvelle jour après jour. »

Je l'invite enfin à revenir ici et maintenant, tout en lui suggérant que, comme elle l'a déjà bien démontré pendant ces quelques jours, elle va continuer à développer des ressources intarissables, à puiser force et énergie en elle et autour d'elle, afin d'assurer confort, sécurité et bien-être à son bébé, à elle-même et à ceux qui lui sont chers. Puis je lui propose un ancrage par la position des pieds solidement posés au sol, afin de se souvenir lorsqu'elle en aura besoin, qu'elle a toutes ses ressources en elle. Suggestion d'auto-hypnose, quelques minutes pour soi, pour se rassurer, se ressourcer et aller de l'avant.

Elle revient doucement, très souriante, les larmes aux yeux.

IV.2.e. Résultat deuxième séance

Ses premières paroles sont pour son bébé, « c'est vraiment ma nouvelle raison de vivre », « avant, je pensais qu'il allait mourir, j'avais peur de le perdre », elle me dit. Nous parlons beaucoup de l'allaitement, comme analogie à l'arbre, elle puise des ressources pour fabriquer un produit d'une richesse incroyable et faire grandir son bébé. Cette image lui est venue naturellement à l'esprit pendant la séance, et la reconforte beaucoup. Puis nous finissons par une discussion plus « technique » sur des positions d'allaitement de nuit, des petites choses à connaître pour le retour à la maison. Elle est ravie de cette dernière expérience, se sent apaisée, renforcée dans sa confiance.

IV.3. Cas n°3 Mme R.

IV.3.a. Anamnèse

Mme R. est âgée de 35 ans, elle présente une obésité morbide. Il s'agissait de sa première grossesse, obtenue par fécondation in vitro, déclenchée à 38 semaines d'aménorrhée (trois semaines

avant le terme) sur une pré-éclampsie débutante (pathologie vasculaire de la grossesse ayant une répercussion sur la tension artérielle maternelle et la fonction rénale notamment), aboutissant finalement à une césarienne pour échec de déclenchement après plus de 12h de tentative.

Les suites de couches sont marquées par des difficultés de mise en place de l'allaitement maternel : mauvaise prise du sein, douleurs, perte de poids importante nécessitant la mise en place d'un tire-lait. La patiente choisit pour l'instant de lui donner son lait maternel au biberon afin de soulager ses douleurs et de se rassurer sur les quantités prises.

Ce jour là, je viens proposer des séances sur un jour de repos et je ne m'occupe donc pas de cette patiente pour les soins. La patiente est fatiguée mais favorable à ma visite. Lorsque je rentre dans la chambre elle est allongée sur son lit, son bébé calme, j'hésite car elle a l'air de se reposer. Elle accepte tout de même la séance. Je découvre une femme assez fermée, peut-être un peu méfiante. Nous discutons rapidement de sa situation sur laquelle je sens bien qu'elle n'a pas envie de s'étaler. L'accouchement lui a bien été expliqué et, bien qu'elle soit déçue du déroulement loin de ce qu'elle projetait, elle semble avoir bien accepté les choses. Pour ce qui est de l'allaitement, elle ne laisse transparaître que peu de sentiments également. Très théorique, elle réagit au problème avec des solutions mises en place et espère que cela fonctionnera. Quand je lui parle de son bébé, elle semble assez distante, elle en parle avec peu d'émotion en apparence. Est-ce par pudeur ou par réel problème de mise en place de la relation ?

Par rapport à l'hypnose elle a déjà une expérience en préparation à la naissance, qui lui avait fait du bien, mais elle n'a pas l'impression d'avoir pu l'utiliser pour le déclenchement.

IV.3.b.Séance

Je lui propose une induction classique, installation d'une détente musculaire, body scann, en associant la respiration. Elle ferme naturellement les yeux, je lui suggère un isolement sonore, il y a divers bruits environnant, et de prendre que ce qu'elle souhaite parmi ce que je vais lui « raconter ». « Votre respiration se fait naturellement, sans que vous deviez y penser, plus vous respirez plus vous vous apaisez. » Je l'invite à se tourner vers son monde intérieur et s'imaginer un lieu, calme, paisible, lieu de sécurité, de confort, de bien-être ... perfectionnement de son lieu à sa guise, recours multiples aux sensations, à la sensorialité. Une fois bien installée dans ce lieu, je lui propose de

réaliser la métaphore de l'arbre, en lui laissant la possibilité de modifier son lieu (s'il était à l'intérieur par exemple), mais qu'elle pourra retrouver facilement en réinstallant une respiration calme, une détente. Pour la métaphore de l'arbre, je m'y prends de façon assez similaire à la séance avec Mme S. mais on y ajoutant une attention particulière à son souci d'allaitement, comparant la lactation à la production de la sève, source de vie pour l'arbre et qui va nourrir chacune de ses branches. « En puisant de ses ressources, dans ses racines, on peut produire un liquide d'une richesse incroyable, parfaitement adapté aux besoins de son bébé. Parfois un petit temps est nécessaire, afin de s'adapter aux besoins de chaque branche, chaque fleur, mais à un moment donné, le juste équilibre s'instaure, et tout est facile et confortable... »

Le retour est un peu lent, je la guide en augmentant le volume de ma voix, le dynamisme et elle finit par ouvrir tranquillement les yeux.

IV.3.c. Résultat

Elle pense avoir somnolé par moment. Je la conforte par rapport à cela, elle a répondu à un de ses besoins du moment. Sur la séance, elle ne m'évoque pas grand-chose, si ce n'est qu'elle s'est sentie bien. Je reste un peu perplexe par rapport à cette séance, un peu désorientée par le manque d'expression de cette patiente. Néanmoins, le sourire de fin de séance me rassure sur le possible effet bénéfique de cette proposition, espérant qu'elle n'ait pas accepté la séance juste parce qu'elle émanait d'un soignant.

Je me suis confrontée à une difficulté, celle d'intervenir chez une patiente que je ne connaissais pas, je n'ai pas pu évaluer complètement ses besoins potentiels, ni cerner suffisamment son comportement avec son bébé. Je me suis attachée à ce que mes collègues ont pu m'en dire, mais j'ai noté que cela était bien différent d'une séance proposée à une patiente suivie avec son enfant dans les soins sur un ou plusieurs jours. J'ai bénéficié du fait d'enchaîner les deux séances (la deuxième de Mme S. et celle-ci) puisque j'ai pu m'inspirer de ce que m'avait évoquée la patiente précédente quant à la métaphore de l'arbre et l'allaitement. Je finis par debriefer avec ma collègue sage-femme sur cette patiente, mon ressenti sur le comportement de cette femme avant séance, avec son bébé. Une évaluation par la psychologue est prévue, la patiente y est favorable.

V. Discussion théorico-clinique

V.1. Rappel de la problématique

L'objet de mon mémoire était de réfléchir au bénéfice de l'hypnose sur le bien-être psychologique de la mère pendant le séjour en maternité suite à l'accouchement.

V.2. Résultats. Faible échantillon

Une des limites de cette « étude » est le peu de cas présentés, c'est pourquoi j'ai choisi de ne pas appliquer d'échelle d'évaluation avant/après séance à mes patientes, dans la mesure où les résultats ne seraient pas significatifs et au risque de créer une interface entre nous, potentiellement délétère à la relation thérapeutique. En effet, la question se pose sur la bonne façon d'évaluer objectivement une pratique basée sur la communication, sur des représentations... Je suis donc restée pour ma part sur du qualitatif, mais nous savons que le seul moyen de prouver le bénéfice d'un outil aux yeux de la communauté médicale est l'étude quantitative. Il faut donc accepter d'appliquer à cette discipline basée sur une communication analogique, une valeur numérique, seul moyen d'objectiver le subjectif. Il existe ainsi des échelles de bien-être psychologique (Ryff) ou d'évaluation de l'estime de soi (Rosenberg) par exemple qui sont très utilisées. L'idée est de remplacer des notions qualitatives en valeurs chiffrées pour pouvoir les traiter sur des groupes de grande échelle.

Pour mes patientes, j'obtiens une tendance à un mieux-être global en post séance immédiat. Une sensation de détente, d'apaisement. Deux patientes sur trois m'ont également évoqué une réelle impression d'avoir pris conscience de leurs capacités maternelles, avaient gagné en confiance. J'ai pu observer l'évolution d'une des patientes sur deux semaines, elle avait gagné en confiance, avait un discours beaucoup plus optimiste, se sentait et semblait beaucoup moins anxieuse.

Il est bien sûr impossible d'extraire le bénéfice de l'hypnose de l'évolution naturelle qu'elles auraient eu dans le service mais cela reste de toute façon un résultat satisfaisant sur l'amélioration du bien-être psychologique des femmes en post-partum.

V.3. Retour sur ma pratique

Les quelques séances que j'ai pu pratiquer dans le cadre de ce mémoire m'ont toutes demandé un investissement supérieur à mon exercice habituel, probablement lié au fait de se mettre comme la patiente en état de conscience modifié. Ma sensation est que, lorsque je fais de l'hypnose, je m'engage davantage avec mes patientes que dans ma pratique classique. Une part de cette impression est certainement due à mon côté néophyte, puisque que beaucoup de praticiens en hypnose ont pu nous témoigner du caractère facile de la pratique, d'une certaine légèreté, à la limite on ne propose plus de l'hypnose aux patients, l'hypnose fait partie de soi. Et bien je sais que je n'en suis pas là dans ma pratique, mais j'ai hâte d'atteindre ce stade ! En revanche, quand j'ai pu réaliser des séances auprès des patientes, cela m'a toujours apporté un bien-être post-séance, une impression d'avoir fait du bien et de m'être fait du bien, malgré le fait d'avoir du « prendre sur moi » pour me lancer. Comme lorsqu'on fait du théâtre, le trac avant de monter sur scène, ensuite on oublie tout pendant que l'on joue, puis ce sentiment de plénitude lorsque le rideau tombe.

V.4. Problématique du temps et de la disponibilité

Dans ma pratique, je me suis sentie confrontée à une problématique majeure de temps. Une journée classique se termine souvent une heure après l'heure officielle, du fait de la charge de travail de base. Je suis déjà, la plupart du temps, frustrée de ne pas pouvoir passer autant de temps que j'aimerais avec chaque patiente, par le nombre à gérer, par la part logistique, administrative, les appels téléphoniques etc

Je me suis donc retrouvée à proposer une séance d'hypnose aux patientes dans la première partie de journée dans le but de la réaliser dans l'après-midi, pour finalement repasser dans leur chambre à 22h en m'excusant car je partais sans avoir tenu mes engagements. J'imagine là encore qu'une plus grande aisance m'aidera à « caser » mes séances plus facilement, mais je pense qu'il est

tout de même nécessaire d'avoir une certaine disponibilité pour faire une bonne séance. Par exemple, pour mon premier cas clinique, avec Mme C., j'avais l'impression d'avoir une demi-heure devant moi, j'avais pris soin de prévenir mes collègues, et pourtant j'ai été franchement dérangée car une de mes patientes devait partir au scanner. Cela aurait pu être géré autrement, mais doit-on déplacer la charge de travail sur les collègues, en ayant déjà suffisamment, pour pouvoir pratiquer l'hypnose? Je ne pense pas que cette solution soit satisfaisante. Après, cela n'a pas l'air d'avoir dérangé Mme C., il faut donc surtout que j'apprenne à jongler avec ces potentielles interruptions, ce qui sera de toute façon nécessaire pour ma pratique en salle de naissance par exemple.

Lorsque je suis revenue en dehors d'un jour de travail pour faire de l'hypnose, je me suis sentie beaucoup mieux. Je n'ai pas eu l'impression d'empiéter sur ma journée de travail, ni de léser certaines patientes ou mes collègues. J'ai pu voir pour la seconde fois Mme S. et cela a été très plaisant, elle était déjà « conquise » et nous nous connaissions déjà bien. J'ai pu élaborer avec elle une suite à notre première séance, l'impression de faire un travail plus construit, sans contrainte organisationnelle, puisqu'en plus, elle s'occupait de son bébé toute seule, donc moins de risque d'être interrompue par les équipes soignantes.

V.5. Nécessité de créer l'alliance thérapeutique.

Sur cette matinée hors des soins, j'ai par contre été confrontée à la difficulté de ne pas connaître au préalable les patientes. En effet, j'ai d'abord demandé à mes collègues de m'orienter vers les patientes répondant aux critères de besoin, puis je suis allée voir directement les femmes dans leur chambre pour leur proposer. Trois patientes ont refusé poliment cette séance, arguant qu'elles n'en ressentaient pas le besoin. J'ai ressenti une méfiance, comme si elles avaient besoin de me tenir à distance de leur cocon, chose à laquelle je n'ai pas du tout été confrontée parmi les patientes dont je m'occupais à la base. J'ai donc pu mesurer le bénéfice d'avoir créé au préalable l'alliance thérapeutique avec les patientes autour du soin. C'est un problème qui se pose moins, j'imagine, lorsque la démarche d'hypnose provient de la patiente. En revanche, j'ai eu le sentiment que l'alliance thérapeutique était renforcée avec les patientes ayant fait une séance d'hypnose. Elles semblaient me considérer davantage comme référente pendant l'hospitalisation, me faire plus confiance.

V.6. Bénéfice à proposer l'hypnose en pré-partum pour améliorer le bien-être en post-partum

D'une manière générale, on s'intéresse depuis quelques années au contexte psychosocial, au bien-être de la mère en pré-natal afin de prévenir les troubles psychologiques du post-partum et les répercussions sur son bébé. Ces préoccupations se sont traduites par l'ajout d'un entretien prénatal précoce (entretien du 4^e mois), dans le but de dépister les situations de vulnérabilité et de faire le lien préalable avec les professionnels compétents, psychologues et assistantes sociales notamment. Cet entretien a vu le jour dans le plan périnatalité de 2005-2007 intitulé « Humanité, Proximité, Qualité, Sécurité ». Cet intérêt pour le dépistage des situations de vulnérabilité en périnatal, initié par les pédopsychiatres dans les années 80, est bien développé dans un article au titre explicite « Si maman va bien, bébé va bien. » (Vozani , 2015)

Ceci va également dans le sens de promouvoir les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, dans le but d'informer les patientes, de les rendre davantage actrice de la naissance, de diminuer l'anxiété, l'appréhension. Au sein de la maternité de Tours, nous proposons de coupler trois séances d'hypnose avec 3 séances de préparation plus classique (théorie et postures), cette formule semble plaire aux patientes

Dans ma pratique, je n'ai pas choisi de recruter particulièrement les patientes ayant déjà bénéficié d'hypnose en pré-natal. Seulement une des patientes en avait fait. En revanche, c'était également la patiente que je ne connaissais pas préalablement. Je n'ai personnellement pas observé une facilité à introduire la séance, par contre elle m'a dit que le fait de connaître le processus lui a permis d'atteindre l'état d'hypnose plus facilement qu'à ses débuts.

Concernant l'intérêt de faire de l'hypnose en pré-natal pour améliorer le bien-être psychologique en post-partum, une récente étude (Beevi et al, 2019) a réalisé un comparatif entre deux groupes de femmes, l'un ayant bénéficié de séances d'hypnose à 16, 20, 28 et 36 semaines de grossesse, l'autre ayant bénéficié d'une préparation prénatale classique. Il s'avère exister des différences significatives entre les deux groupes, le groupe hypnose présentant un plus bas niveau d'anxiété et de dépression du post-partum. La conclusion de cette étude étant que la pratique de l'hypnose pendant la grossesse pourrait permettre d'améliorer le bien-être psychologique des femmes en post-partum.

Bien qu'idéalement, l'hypnose doit être réalisée entre un patient et un praticien, il existe également d'autres supports à la préparation par l'hypnose, en complément à une pratique existante ou comme alternative pour les patientes ne pouvant en bénéficier. Le livre *Pas à Pas* (Tourayot, 2009), écrit par une sage-femme praticienne en hypnose, permet dans une première partie de réfléchir à son vécu de la grossesse, son projet de naissance, ses attentes et craintes et dans une seconde partie, propose des séances d'hypnose avec support audio afin d'aborder les différentes problématiques autour de la naissance.

V.7. Question éthique : comment définir et respecter les limites de son champ de compétence?

Ce DIU m'a très vite confrontée à la problématique du champ de compétence. Qu'a-t-on le droit de faire de ce diplôme selon notre formation de base ?

Selon la charte éthique de l'IFH ³

« **Article 2.**-L'hypnose est considérée comme un complément à d'autres formes de pratiques scientifiques ou cliniques. Il en résulte que la connaissance des techniques d'hypnose ne saurait constituer une base suffisante pour l'activité thérapeutique ou pour l'activité de recherche. L'hypnopratricien doit donc avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce son activité hypnotique.

Article 3.- L'hypnopratricien limitera son usage clinique et scientifique de l'hypnose aux aires de compétences que lui reconnaît le règlement de sa profession. »

Enfin, quelles sont les limites de mon champ de compétence et comment je l'exploite ? Naturellement, en étant sage-femme, j'ai toute légitimité à traiter la douleur, cela paraît logique à tout le monde. Mais même dans la douleur, il y a forcément une composante psychologique, comme dans toute manifestation organique, ne serait-ce que dans ses conséquences. Et lorsqu'on s'intéresse à la femme qui devient mère, au-delà de la douleur, il y a des bouleversements psychiques très importants, comme j'ai tenté de l'exposer dans ce mémoire. Nous sommes tous les jours

3 https://www.hypnose.fr/ifh/charte_ethique/ (27/05/2019)

confrontées à des femmes qui ont besoin de nous confier des choses et qui attendent de nous des réponses.

Pour éclairer ma réflexion, je pense nécessaire de faire un point sur les décrets de compétence des sage-femmes en maternité.

Selon l'article Article L4151-1 du code de la santé publique⁴, « L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L.4151-2 à L.4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L.4127-1. »

Le référentiel métier et compétences des sages-femmes aborde plus précisément ces compétences⁵, je citerai celles qui nous intéressent :

«Assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couche jusqu'à la visite post-natale: (...)

- en recueillant le vécu de l'accouchement auprès de la mère (...)

-en écoutant, questionnant et donnant des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé (...)

- en repérant les situations de vulnérabilité - en évaluant le lien mère-enfant - en repérant des conduites de consommation à risque (...) »

Ce décret de compétence indique bien la nécessité d'écouter (vécu de l'accouchement par exemple) , de questionner, d'évaluer (le lien mère-enfant)... ceci entre donc dans notre champ de compétences, nous ne sommes pas limités à la technique. En revanche, que fait-on de tout cela une fois recueilli ? Les heures de cours de psychologie que nous offrent notre formation de sage-femme nous aident à comprendre le fonctionnement psychique de la femme enceinte et de la jeune mère,

4 Code de la santé publique. Article L4151-1

5<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf> (27/05/19)

nous enseigne l'empathie en toutes circonstances, mais ne nous donne pas forcément de clés pour aider les femmes face à leurs questionnements, leurs doutes, leurs difficultés. L'avantage de la structure hospitalière est le travail en collaboration, avec les psychologues notamment. Néanmoins, les patientes sont parfois réticentes à aborder les choses avec ce corps de métier, cela les engageant à reconnaître qu'il y a un « problème ». De plus, pour la question plus précise du vécu de l'accouchement, il est intéressant de pouvoir expliquer à la patiente le déroulement des événements, elles attendent à la fois un débriefing technique et un accompagnement des émotions que cela génère. D'où la nécessité d'allier sage-femme et psychologue, le mieux serait d'être sage-femme-psychologue d'ailleurs... ou l'inverse.

Mais en hypnose que fait-on? Je me suis trouvée confrontée à ce problème face à Mme S., mon deuxième cas clinique. Un vécu traumatique de son accouchement prématuré. J'ai voulu traiter de ce vécu en hypnose avec l'outil de l'écran comme interface pour diminuer la charge émotionnelle de ses souvenirs. Il s'est trouvé que la patiente a manifesté son besoin de me raconter, dans les moindres détails, son travail et son accouchement, il me semble sans se saisir de l'outil que je lui avais suggéré. Je n'ai fait que ratifier ses propos, apporter des notions théoriques afin de préciser la réalité et le déroulement des événements. Ma réflexion a été ensuite de me dire que je n'aurais pas du aborder ce problème en hypnose puisque cela relève plutôt de l'hypnothérapie faite par un psychologue. Par la suite, j'ai continué d'aborder le vécu de l'accouchement sous forme de conversation, en favorisant une communication hypnotique mais sans vouloir « traiter » le problème. J'ai limité ma pratique au renforcement de la confiance, la valorisation des compétences maternelles...

Cela semble évident dans la théorie, mais je trouve difficile dans la pratique de savoir où et quand s'arrêter, savoir ce que nous sommes légitimes de suggérer ou pas. L'idéal serait donc d'avoir la double compétence sage-femme et psychologue afin de s'occuper pleinement de ces patientes qui nécessitent cette prise en charge. Reste à savoir quand trouverai-je le courage de repartir pour quelques années d'études?

VI. Conclusion

L'apprentissage de l'hypnose m'a beaucoup apporté personnellement et professionnellement. Il y aura véritablement un avant et un après DIU dans ma pratique et ma vie en général. J'ai acquis une nouvelle façon de communiquer dont j'ai déjà pu apprécier les effets.

Le bien-être psychologique des femmes en post-partum est un sujet sur lequel j'avais envie de travailler, afin d'évaluer l'intérêt de l'outil hypnotique. Je me sentais en effet limitée dans ma pratique et souhaitait apporter un vent de nouveauté, en espérant gagner en efficacité. Je n'ai qu'une vision subjective du résultat mais j'aime à penser que les femmes à qui j'ai proposé l'hypnose en post-partum ont eu un effet bénéfique supérieur à mes actions habituelles, peut-être même avec un impact sur le long terme qu'il serait intéressant d'évaluer. En effet, les études retrouvées pour l'instant se sont intéressées au bénéfice de l'hypnose en pré-partum sur le bien-être post-partum, mais aucune étude ne semble s'être intéressée au bénéfice de l'hypnose proposée en post-partum.

Je me suis confrontée à quelques difficultés mais j'ai pu réfléchir sur ma pratique et en définir des limites raisonnables. J'ai pu apprécier le bénéfice de la création de l'alliance thérapeutique dans les soins au préalable, et la nécessité permanente du travail en collaboration.

A l'avenir, mon idéal serait de participer à la préparation pré-natale en hypnose qui semble avoir déjà fait ses preuves sur le bien-être psychologique des femmes après la naissance, en y associant des séances en post-natal également, pour recueillir le vécu de la femme, la construction du lien mère-enfant et potentialiser les effets de l'hypnose à long terme. J'aimerais pouvoir aménager au sein de la maternité un temps dédié à l'hypnose dans les services, permettant de proposer l'outil hypnotique à toutes les patientes hospitalisées en pré ou post-natal et de me sentir complètement disponible.

Par ailleurs, j'utiliserai bien sûr l'hypnose, plutôt dans son versant conversationnel, en salle de naissance, afin d'aider les patientes, les couples, à accueillir leur enfant dans les meilleures conditions possibles.

J'espère acquérir plus d'aisance et d'assurance dans ma pratique, qui me permettront de ne plus « faire de l'hypnose » mais de vivre l'hypnose au quotidien, facilement et sans contraintes, à l'image de tous les enseignants étant intervenus auprès de nous au cours de cette formation.

Bibliographie

- Amy M-D. *Construire et soigner la relation mère-enfant*. Paris : Dunod ; 2008
- Beevi Z. Hassan J. Low W.Y. *The Effectiveness of hypnosis intervention in alleviating postpartum psychological symptoms*. American Journal of Clinical Hypnosis, 2019, 61(4) : 409-425
- Ben Soussan P. *Le Baby blues n'existe pas* 1001 bébés vol 55, Paris : Eres ; 2001
- Beth A. Cyna A. Turnbull D. *The effect on pregnancy on hypnotisability*. The american journal of clinical hypnosis. 2009 ; 52(1) : 13-22
- Bioy A. Fouques D. *Psychologie clinique et psychopathologie*. 2nd ed. Paris : Dunod ; 2012
- Bioy A. Servillat T. *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose*. Paris : Dunod ; - 2017
- Bozoky I, Corwin E. *Fatigue as a predictor of post-partum depression* JOGNN 2002, 31(4):436--43.
- Bryant R. Hung L. Guastella A. *Oxytocin as a moderator of hypnotizability*. Psychoneuroendocrinologie. 2012 ; 37: 871-880.
- Bydlowski, M. *La crise parentale de la première naissance. L'apport de la psychopathologie*. Informations sociales, 2006, vol. 132, no. 4, p. 64-75.
- Bydlowski M. *Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne*. Devenir, 2001 ; vol. 13, no. 2, p. 41-52.
- Callahan S. Denis A. *État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature*. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 2009, 19(4) : 116–119.
- Capponi I. Horbacz C. *Evolution et déterminants éventuels de l'anxiété périnatale de primipares: du huitième mois de grossesse au troisième mois post-partum*. Devenir, 2005 vol. 17(3), p. 211-231
- Corey Brown D. Corydon Hammond D. *Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm Labor*. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 2007, 55(3) : 355–371.
- Cyrulnik B. *Sous le signe du lien , une histoire naturelle de l'attachement* , 1st ed. Paris : Fayard, 2010
- Delassus J-M. *Le corps du désir*. Paris : Dunod ; 2008
- Delassus J-M. *Psychanalyse de la naissance*. Paris :Dunod ; 2005
- Freud S. *Inhibitions, symptôme et angoisse*, 1926, tr. fr. , Paris : PUF, 1951 , p. 62-63

- Glangeaud-Freudenthal M.-C. Crost M. Kaminski M. 1999. « Severe post-delivery blues : - associated factors » Archives of Women's mental Health, 2 : 37-44
- Halfon Y. *Hypnose maternelle et maternalité* In: Bioy A. Michaux D. *Traité d'hypnothérapie*. Paris: Dunod ; 2007
- Halfon, Y. *L'approche hypnotique comme aide analgésique pour l'accouchement*. Douleur et Analgésie 2008, 21(1) : 31–33.
- Kennell J. Klaus M. *The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered*. Acta Paediatrica, 1997, 86(10) : 1034–1036
- Lethu Abtey C. *La confiance chez les patientes primipares, de la grossesse au postpartum* Thèse de doctorat en médecine, sous la direction de Chiffolleau P., université de Nantes, 2009
- Michel C. Squires C. *Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : les violences obstétricales*. Le Carnet PSY, 2018, 220 : 22-33.
- Racamier P.C. Carretier, L. Sens C. *La mère et l'enfant dans les psychoses du postpartum*. Evolution Psychiatrique, 4 : 525-570.
- Stern D. *La constellation maternelle*. Paris : Calmann Lévy ; 1997
- Stern D. *La relation mère-bébé dans la tête du bébé*, in : Cohen-Solal J. Golse.B. *Au début de la vie psychique*. Paris : O.Jacob, 1999, p. 349
- Tourayot A. *Pas à pas* ; Paris : Satas ; 2009
- Vozari, A.-S. *Si maman va bien, bébé va bien. La gestion des risques psychiques autour de la naissance* ; Recherches familiales. 2015, 12(1) : 153-163.
- Winnicott, D.W. *La crainte de l'effondrement*. Nouvelle Revue de Psychanalyse, 1975 vol. 11 : p 35-44.
- Winnicott D.W. 1947 *La haine dans le contre transfert*. Paris : Payot ; 2014
- Winnicott D.W. *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot ; 2006
- Winnicott D.W. *La nature humaine*, 1988, tr. fr., Paris : Gallimard ;1990, p 140
- Wood C. *Hypnoanalgésie. Douleur aiguë. Données générales* In Bioy A., Wood C., Celestin-Lhopiteau I., *Aide mémoire Hypnose en 50 notions*, 2nd ed. Paris : Dunod ; 2016, p. 133-138