



“ **Accompagnement en hypnose des césariennes en urgence et programmées** ”

MEMOIRE

pour l'obtention du Diplôme inter-universitaire d'hypnose médicale et clinique

Soutenu par : Justine CUINET
Née le 07/05/89 à PONTARLIER

Le 26 juin 2023

Faculté de Médecine : DIJON

Coordonnateur de l'enseignement : Pr BIOY Antoine

Directeur du mémoire : Mr LECUELLE Julien, Infirmier anesthésiste diplômé d'état

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	3
REMERCIEMENTS	5
LISTE DES ABREVIATIONS	7
I- INTRODUCTION	9
II- Etat des CONNAISSANCES :	11
A. L'HYPNOSE :	11
a) Définition :	11
b) Historique de l'hypnose et anesthésie :	11
c) Données de la recherche scientifique :	14
B. L'ANESTHESIE :	15
a) Définition et modalité :	15
b) Césarienne et anesthésie :	16
C. Champs d'application de l'hypnose en anesthésie obstétricale:	19
a) Emotions et sensations autour de la césarienne :	19
b) De la transe négative à la transe positive en hypnose :	20
c) Douleur périopératoire et hypnoalgésie :	21
d) Anxiété périopératoire et hypnosédation :	22
III- PROBLEMATIQUE :	23
IV- MATERIEL ET METHODE	25
A. Césarienne programmée	25
B. Césariennes en urgence:	26
V- RESULTATS et DONNEES CLINIQUES	29
A. Mme C , césarienne programmée:	29
B. Mme B, césarienne code vert	33
C. Mme Z, césarienne code vert	36
D. Mme A, césarienne code rouge	41
VI- DISCUSSION THEORICO - CLINIQUE	45
A. césarienne programmée :	45
B. césariennes en urgence :	47
C. Question éthique :	53
VII- CONCLUSION	57
REFERENCES	59
ANNEXES	61
RESUME	63

REMERCIEMENTS

Au Pr BIOY, président du jury,

Merci pour l'encadrement et l'opportunité que vous m'avez donné pour la réalisation de ce DU. Votre renommée dans le monde de l'hypnose force l'admiration et je suis fière d'avoir pu participer à cette formation.

Aux Dr Claudine GAGNERET CHAGUE et Thierry SAGE

Merci pour l'encadrement d'excellente qualité que vous nous avez offert tout au long de l'année. Merci pour votre bienveillance et votre disponibilité pendant cette année.

A Julien LECUELLE, directeur de mémoire

Merci pour tes conseils avisés et la rapidité de tes retours qui m'ont permis de réels progrès en rédigeant ce mémoire.

A l'ensemble des intervenants du DU,

Merci pour la qualité et la pertinence de chacune de vos interventions.

La finalité d'une formation à l'hypnose c'est le changement chez le thérapeute. On y apprend des techniques et des stratégies thérapeutiques, mais celui que l'on soigne c'est soi-même !

Alors merci pour ce cadeau !

A Mika et mes enfants,

Merci d'avoir supporté encore de nouvelles heures de travail extra hospitalières pour que je puisse mener à bien ce DU avec les sauts d'humeur qui vont avec ! Je vous aime !

A Béa,

Merci pour ton aide précieuse de correctrice de mémoire finale !

A mes collègues,

Merci de m'avoir aidée et soutenue dans la réalisation pratique de ce DU. Ce n'est qu'un début et j'espère que nous pourrons développer ça tous ensemble.

A mes collègues de promo,

Merci à la team formidable pour ce partage et cette convivialité tout au long de l'année !

LISTE DES ABREVIATIONS

- ACR** : arrêt cardio respiratoire
- AG** : anesthésie générale
- ALR** : anesthésie loco régionale
- AL** : anesthésie locale
- APA** : American Psychological Association
- AVB** : accouchement voie basse
- DD** : décubitus dorsal
- DLG** : décubitus latéral gauche
- G. P.** : Gestité, Parité
- IASP** : International Association for the Study of Pain
- LCR** : liquide céphalorachidien
- SA** : semaine d'aménorrhée
- SDN** : salle de naissance
- SFAR** : société française d'anesthésie réanimation
- SSPI** : salle de surveillance post interventionnel
- TEP scanner** : Tomographie par émission de positon

I- INTRODUCTION

Je suis médecin anesthésiste réanimateur dans un hôpital périphérique de Franche-Comté. Encore jeune diplômée de 2018, j'ai débuté ma carrière en partageant mon temps de travail entre un CHU et un CHG où j'exerçais en tant qu'anesthésiste au bloc opératoire.

Initialement, j'étais très motivée pour poursuivre ma formation post internat dans un CHU afin de perfectionner mes connaissances (notamment sur les grosses pathologies), ma technicité et acquérir de l'expérience. Mais très rapidement, outre l'aspect médical, je ressentais bien que mon exercice était beaucoup plus agréable dans notre hôpital périphérique. Je me questionnais alors sur les raisons : effectivement il y avait la dimension humaine avec une plus petite équipe qui fonctionne ensemble, qui communique et qui est autour du patient. Mais outre ce côté familial, la différence flagrante que je pouvais percevoir était qu'une équipe complète était formée en communication thérapeutique et même certain en hypnose contrairement à l'autre.

Au fur et à mesure des mois, l'ambiance au sein du bloc opératoire du CHU me donnait même « la boule au ventre » en allant travailler tant notre exercice était déshumanisé : absence de présentation, le personnel ne sait pas qui opère et le patient lui-même ne sait pas qui l'opère voir même de quoi ! Quelle horreur pour moi d'évoluer dans cette ambiance ...

Par rapport à l'expérience que j'avais de notre CHG, la solution m'est donc venue tout naturellement pour améliorer la prise en charge de mes patients mais aussi pour ma satisfaction personnelle : pratiquer l'hypnose conversationnelle voir tenter de leur proposer plus... pour leur offrir un petit moment de répit, une parenthèse. J'arrivais grâce à cet outil, à capter l'attention du patient au regard errant, perdu, en reprenant les bases : se présenter, réexpliquer le contexte, ce qu'on allait lui faire et puis, je lui proposais de s'évader le temps d'un instant, avant de l'endormir via les thérapeutiques médicamenteuses dans un endroit où il trouverait les ressources pour se rétablir après l'opération. Quel plaisir de retrouver ce patient au réveil, souriant, calme, apaisé.

Je me rappelle particulièrement d'un patient de 90 ans que nous avons pris en urgence pour une fracture du massif trochantérien. Quand je l'ai retrouvé en salle de réveil et que je lui ai demandé comment il allait : il m'a répondu, avec un visage épanoui, que tout allait bien mais qu'il avait besoin de se reposer après toute la randonnée qu'il avait faite car ça faisait longtemps qu'il n'avait pas autant marché !

Voilà c'était ma solution pour pouvoir offrir un peu de confort et de sécurité à ces patients dans cette ambiance si difficile au vu des organisations actuelles. C'est donc tout naturellement que j'ai eu besoin d'acquérir des connaissances en matière d'hypnose.

Ainsi, je me suis inscrite à la formation IFH « hypnose et anesthésie » en 2021. Celle-ci a duré 10 jours, j'ai appris les bases de l'hypnose mais avec la pandémie du COVID, beaucoup de sessions se sont faites en visio et je n'ai pas pu retirer de cette formation le bénéfice que j'aurais souhaité. Je me suis timidement lancée mais je n'ai pas réussi à acquérir assez d'assurance et de confiance en moi pour ma pratique quotidienne.

J'ai alors décidé de poursuivre ma formation par le DIU d'hypnose médicale et clinique à Dijon. Certes, l'investissement était important mais ce suivi avec les supervisions tout au long de l'année me semblait indispensable pour progresser.

Maintenant, j'utilise cet outil au quotidien pour améliorer la prise en charge de mes patients mais aussi pour moi, dans ma vie personnelle. Lorsque je pratique l'hypnose durant ma journée, elle est maintenant transformée, d'une part avec le retour positif des patients mais aussi par un sentiment personnel d'apaisement pour démarrer ma 2^{ème} journée avec mes enfants !

J'ai choisi d'aborder le thème de la maternité avec l'accompagnement des césariennes car c'est dans ce domaine que j'ai perçu combien l'apport thérapeutique dépassait le confort et l'apaisement de la patiente : l'hypnose semble permettre l'évitement d'une anesthésie générale chez certaines patientes en transe négative extrême et augmente ainsi la sécurité anesthésique.

J'ai malheureusement assisté au CHU à des césariennes pratiquées sur des femmes installées sur la table comme crucifiées, entourées d'une équipe soignante qui parle de son week-end en leur adressant ces phrases terribles « ne vous inquiétez pas », « il va inciser » ... La détresse dans leurs yeux qui cherchaient quelque chose auquel se raccrocher ... Et pour les aider lorsqu'elles étaient trop angoissées, elles recevaient un petit anxiolytique intra veineux ... puis elles se retrouvaient dans le brouillard au moment si important : celui de la naissance de leur enfant.

La SFAR reconnaît maintenant l'hypnose comme « *un outil à insérer parmi les autres thérapeutiques notamment médicamenteuses* » ¹. Pour moi, la césarienne est l'endroit d'application idéale. J'ai donc exploré cette voie au travers de mon mémoire pour appréhender au mieux ce que je pouvais proposer à ces patientes et améliorer leurs accompagnements.

¹ [https://sfar.org/download/hypnose-et-anesthesie-en-2019-etat-de-lart/\(6/04/23\)](https://sfar.org/download/hypnose-et-anesthesie-en-2019-etat-de-lart/(6/04/23))

II- Etat des CONNAISSANCES :

A. L'HYPNOSE :

a) Définition :

La définition de l'hypnose a évolué en fonction de l'époque, des auteurs et des avancées de la science. Bien que sa racine linguistique soit « hypnos », dieu grec du sommeil, les recherches cliniques ont établi clairement la distinction entre l'hypnose et l'état de sommeil.

Le Pr Bioy la définit comme un « *mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi.* » (1)

L'APA propose en 2016 une nouvelle définition : « *un état de conscience (consciousness) qui induit une absorption de l'attention et une diminution de la conscience (awareness) caractérisées par une plus grande capacité à répondre aux suggestions* ». ²

L'état hypnotique est donc un état modifié de la conscience avec une suggestibilité accrue. La relation qui lie l'hypnotiseur et son patient est un pilier de l'état hypnotique.

b) Historique de l'hypnose et anesthésie :

Par définition, l'hypnose et l'anesthésie sont liées par « un état de conscience modifié » et ont un but commun : soulager une douleur ou permettre un geste thérapeutique. La SFAR en donne une signification très pragmatique : « *la pratique hypnotique est l'application d'une technique relationnelle qui cherche à séparer le patient de la réalité environnante afin de l'immerger dans un changement suggéré à l'imagination afin de procurer dans un cadre de soin, une analgésie ou une anxiolyse.* » (2)

Dès la préhistoire, les chamans utilisaient la transe hypnotique. Se plaçant comme un messager, ils permettaient d'établir une communication avec les esprits, via l'état de transe, pour permettre au malade de mobiliser des énergies, les engager pour améliorer leur santé. On constate bien les prémices de la position du thérapeute dans l'hypnose.

² <https://www.hypnose.fr/articles-et-theses/recherche-hypnose-antoine-bioy/une-nouvelle-definition-internationale-de-l-hypnose/>

Plus récemment, un médecin allemand, Franz Anton Mesmer, constata les premiers états hypnotiques. Avec sa théorie fluidique du « magnétisme animal », il s'était focalisé sur l'aspect rééquilibrant et thérapeutique des crises qu'il induisait lors de séance autour de son fameux baquet. Il s'attaquait donc à ce qu'il pensait être l'origine des maladies et ne cherchait pas à exploiter les modifications perceptives des sujets. C'est grâce à un de ses disciples, le marquis Chastenot de Puysegur que sa transe de type somnambulique a pu être utilisée à des fins thérapeutiques en exploitant la modification de sensibilité des sujets.

On doit ensuite l'avènement de l'hypnose au bloc opératoire à James Braid, chirurgien Ecossais, à une époque où aucune thérapeutique médicamenteuse n'était disponible pour améliorer la douleur. Il démontre que la simple fixation du regard sur un objet brillant suffit à modifier l'état de conscience. (3) Des chirurgiens français et anglais commencent donc à utiliser l'hypnose pour opérer leurs malades. Les patients « plongent » dans un état spécial qui semble les mettre à distance de la réalité vécue. Le chirurgien anglais, James Esdaile, va plus loin et expérimente la méthode du « mesmerisme » à large échelle à Calcutta et observe une diminution nette de la mortalité péri-opératoire, passant de 45 % à 5% avec les mêmes techniques opératoires et conditions d'asepsie. La seule différence est la protection de la conscience du sujet par une technique mentale.(4)

Malheureusement, avec le développement des agents anesthésiants inhalatoires, l'hypnose tombe peu à peu en désuétude au bloc opératoire : le protoxyde d'azote, l'éther et le chloroforme introduits en 1850 par deux chirurgiens-dentistes, Wells et Morton, permettent alors une analgésie plus fiable et plus reproductible faisant passer l'hypnose au second plan.

Au début du XX^{ème} siècle, Milton Erickson, psychiatre américain donne un nouveau souffle à la pratique de l'hypnose. Il replace le malade et son individualité au centre de l'état hypnotique et met ainsi l'accent sur l'état naturel favorisé et renforcé par la communication entre le sujet et le thérapeute. Pour lui, 100% des patients peuvent vivre une expérience hypnotique et être aidés par cette technique.

En anesthésie, une infirmière américaine, Alice Magaw, allie anesthésie inhalatoire et hypnose. Grâce à cette technique, elle pratique environ 15000 anesthésies pour diverses interventions : orthopédiques, gynécologiques, urologiques ... sans aucun décès imputable à la prise en charge anesthésique. (5) Elle fut une pionnière de l'hypnosédation.

Au cours du XXème siècle, l'évolution de l'anesthésie avec l'apparition d'agents intraveineux, l'amélioration de la surveillance peri-opératoire, sa technicité, sa fiabilité, sa reproductibilité et le développement de la profession de médecin anesthésiste éloignent encore un peu plus l'hypnose du bloc opératoire. Inévitablement, la relation humaine est diminuée ainsi que la participation active du patient avec ses propres ressources au cours d'une intervention chirurgicale.

Cependant au début des années 1990, certains médecins anesthésistes, comme le Professeur Marie-Elisabeth Faymonville, ont redonné un élan à l'hypnose au bloc opératoire. Elle réalise notamment en hypnose des chirurgies plastiques et cervicales au CHU de Liège. Plusieurs travaux ont été publiés dont une étude randomisée comparant l'hypnosédation versus l'anesthésie générale (AG) dans la chirurgie thyroïdienne. Les patients dans le groupe hypnose présentaient une meilleure stabilité hémodynamique per opératoire ainsi qu'une diminution des marqueurs inflammatoires, des douleurs, de l'anxiété et de la fatigue post opératoire. (6) Cette même équipe a publié une étude sur la réalisation de cholécystectomies et de cure de hernies inguinales sous coelioscopie avec l'hypnosédation. 13 patients sur 35 cholécystectomies ont nécessité une conversion en AG consécutive aux douleurs de l'insufflation. Seul 1 patient sur les 15 opérés d'une hernie inguinale a nécessité une conversion en AG. La satisfaction des patients était bonne. (7)

Les bénéfices de l'hypnose ont été démontrés pour différentes chirurgies, notamment en chirurgie mammaire avec une diminution des douleurs, nausées et vomissements post opératoires. (8) . En 2008, une méta analyse révèle un bénéfice global de l'hypnose pour la douleur et la consommation d'antalgique mais aussi pour l'anxiété, les nausées, les vomissements et la fatigue post opératoire. (9)

On perçoit donc bien, à travers l'histoire, la complémentarité de ces deux concepts : alors que l'hypnose est un état de conscience modifié induit par la voix du thérapeute, l'anesthésie est un état de conscience modifié chimiquement par des médicaments « hypnotiques ». Leur but étant commun : améliorer le vécu des patients au cours d'un acte invasif.

c) Données de la recherche scientifique :

La difficulté initiale de l'hypnose pour être acceptée par la communauté scientifique, a été de démontrer, par des études robustes, son fonctionnement et son efficacité. Initialement, les chercheurs ont élaboré des échelles d'hypnotisabilité, en observant des constantes vitales (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire), en étudiant les mouvements oculaires ... mais ces signes ne sont ni objectifs ni spécifiques de l'hypnose (10) (11). Les études des tracés d'électroencéphalogrammes et des potentiels évoqués ont contribué modestement à la compréhension du phénomène.

Ce n'est donc qu'avec le développement de l'imagerie cérébrale fonctionnelle que le processus cérébral de l'hypnose commence à être démontré. On observe, avec la tomographie par émission de positons (TEP), des modifications du débit sanguin cérébral régional et de l'activité métabolique neuronale au cours de l'hypnose.

En 1997, le Pr Rainville objective que la composante affective de la douleur est encodée au niveau du cortex cingulaire antérieur et que son activité s'accroît significativement avec l'augmentation de l'inconfort de la douleur. A contrario, lors de suggestion hypnotique, le caractère désagréable des stimuli nociceptifs est diminué alors que l'activation du cortex primaire somatosensoriel reste inchangé (12). Le Pr Faymonville confirme cette théorie et démontre également que le cortex cingulaire antérieur participe à la modulation du phénomène nociceptif. (13). Le débit sanguin cérébral régional de volontaire était comparé lors de remémoration de vacances ou d'un moment agréable en hypnose versus en état de conscience ordinaire. En hypnose, les volontaires activaient des régions différentes principalement au niveau cortical gauche : occipitales (comme s'ils visualisaient réellement), pariétales (comme s'ils ressentaient des sensations) et la précentrale (comme s'ils bougeaient). Des régions impliquées dans le processus conscient étaient également désactivées.

B. L'ANESTHESIE :

a) Définition et modalité :

L'anesthésie permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical en supprimant la douleur pendant le geste puis en l'atténuant après dans des conditions optimales de sécurité.³ Il existe deux grands types d'anesthésie : générale ou locorégionale.

➤ Anesthésie générale :

Elle induit une perte de conscience, comparable au sommeil, via l'injection ou l'inhalation de plusieurs médicaments pendant l'acte invasif.

➤ Anesthésie locorégionale :

Elle permet de n'endormir que la partie du corps concernée par l'opération. Le patient reste conscient, peut percevoir des sensations mais ne ressent pas la composante douloureuse. Son principe est de bloquer les nerfs à différents niveaux en injectant un anesthésique local.

Il y a 2 types de blocs centraux :

❖ La rachianesthésie :

C'est une injection unique d'un anesthésique local + dérivée morphinique +/- morphine dans le liquide céphalo rachidien (LCR). La ponction est réalisée, en général, en position assise, dos rond, entre 2 vertèbres au niveau de L2 à L5 pour obtenir un reflux de LCR. Lorsque qu'il est correct, l'anesthésiste injecte l'ensemble des médicaments. Initialement, le patient a une sensation de chaleur puis de fourmillements jusqu'à l'anesthésie complète du bas du corps.

Pour la réalisation d'une césarienne, les thérapeutiques permettent d'avoir un niveau d'anesthésie entre les niveaux métamériques T4 (mamelons) – T6 (processus xiphoïde) et S5 en inférieur (symphyse pubienne). Elle permet une anesthésie rapide et puissante en 10 minutes environ.

Parmi les effets secondaires les plus rencontrés, on note les variations tensionnelles avec des vomissements et nausées fréquents.

³ [https://sfar.org/pour-le-grand-public/information-medecale-sur-lanesthesie/\(12/04/23\)](https://sfar.org/pour-le-grand-public/information-medecale-sur-lanesthesie/(12/04/23))

❖ L'anesthésie péridurale :

C'est la technique de choix pour le travail obstétrical et l'accouchement : grâce à un cathéter glissé dans l'espace péridural, il est possible d'injecter régulièrement des anesthésiques locaux pour maintenir le blocage de la transmission d'information de ces racines nerveuses au cerveau. L'espace péridural est situé entre les méninges en avant, qui enveloppent la moelle spinale et une cavité osseuse vers l'arrière. Les niveaux de ponction pour l'obstétrique sont de L1 à S1. (cf annexe 1)

En fonction de la puissance du mélange injecté, l'anesthésiste peut moduler l'effet entre analgésie et anesthésie. L'analgésie permet de calmer la douleur tout en conservant motricité et certaines sensations (toucher, contractions, descente du bébé). L'Anesthésie repose sur l'injection d'un mélange plus puissant qui va bloquer intensément la douleur et dans le même temps une grande partie de la motricité et des sensations. ⁴

b) Césarienne et anesthésie :

La césarienne est une intervention chirurgicale permettant la naissance d'un bébé par incision de l'abdomen et de l'utérus. C'est un accouchement voie haute. En France, l'accouchement par césarienne est de plus en plus fréquent (1 femme sur 5). Mais il faut distinguer 2 catégories de césarienne : programmée ou en urgence.

➤ Césariennes programmées :

Réalisées autour du terme, elles ne sont pas liées à une situation d'urgence apparaissant en dehors du travail ou au cours du travail.⁵ Différentes indications maternelles (placenta praevia, utérus bicatriciel ...) ou fœtale (malposition, siège, gémellaire...) peuvent conduire à réaliser une césarienne dans ces circonstances. La patiente est donc suivie lors de ses visites médicales pré accouchement par un gynécologue obstétricien. Après concertation pluri disciplinaire, elle est informée de la date de césarienne et des différentes modalités.

Sauf indication médicale contraire, il est recommandé de ne pas réaliser une césarienne avant travail qu'à partir de 39 SA ⁶. Dans ce cadre-là, la patiente est vu en consultation d'anesthésie : sauf contre-indication, une rachianesthésie est proposée.

⁴ <https://sfar.org/wp-content/uploads/2019/10/analgesie-anesthesie-reanimation-au-cours-de-la-grossesse-et-de-laccouchement.pdf> (04/04/23)

⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_fiche_de_synthese_-_indications.pdf (12/04/23)

⁶ https://gynerisq.fr/wp-content/uploads/2022/08/2022_CNGOF_Realisation-Cesa.pdf (12/04/23)

Au bloc opératoire, après réalisation de l'anesthésie, la patiente est installée en position allongée, bras en croix, recouverte d'un champ opératoire sur le haut du corps. Un champ est également attaché devant elle pour qu'elle ne visualise pas la zone opératoire. Elle est ensuite badigeonnée, sondée à demeure et champée stérilement.

Le gynécologue obstétricien, habillé stérilement, réalise une incision transversale d'environ 10 cm au niveau de l'abdomen. Il doit ouvrir successivement différentes « épaisseurs » avant d'accéder à l'utérus : peau, graisse, aponévrose, muscles et péritoine. L'ouverture se fait sur la partie inférieure de l'utérus. Une pression exercée sur le haut du ventre permet la sortie de l'enfant. Elle peut être ressentie par la mère. Parfois une aide instrumentale (forceps, ventouse) est nécessaire pour permettre l'extraction fœtale. Le cordon est ensuite clampé puis coupé et l'enfant peut être présenté à ses parents. La patiente est ensuite délivrée puis les différents plans sont suturés jusqu'aux agrafes à la peau.

La césarienne dure environ 1h puis la patiente est transférée en salle de réveil (SSPI) et réinstallée dans son lit. Elle y reste 2 heures minimum en surveillance et si l'activité le permet, la sage-femme ou la puéricultrice vient, accompagnée du conjoint, en SSPI pour la mise au sein (si souhaitée) et la réalisation du peau à peau avec l'enfant.

➤ **Césarienne en urgence :**

La césarienne peut être décidée en cours de travail quand l'accouchement par voie basse devient impossible. Elle peut être pratiquée en urgence de manière plus ou moins extrême pour sauver la mère ou l'enfant. ⁷

Dans ce contexte, la patiente a été vue en consultation d'anesthésie durant laquelle la possibilité d'une césarienne a été évoquée ainsi que les différentes modalités anesthésiques.

Il existe 3 niveaux d'urgence (*cf annexe 2*) :

- ❖ **Code rouge** : urgence extrême, l'extraction foetale doit être faite en moins de 15 minutes. La patiente est dans la majorité des cas mise sous anesthésie générale. Néanmoins, si la péridurale est efficace, l'anesthésiste peut décider d'utiliser ce mode d'anesthésie s'il n'y a pas de perte de temps.
- ❖ **Code orange**: extraction fœtale dans les 30 minutes. La patiente a, soit une anesthésie péridurale approfondie, soit une rachianesthésie, à défaut une AG.
- ❖ **Code vert** : délai pour extraire l'enfant d'1h, l'ALR est privilégiée.

⁷ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/brochure_patient_cesarienne_mel_2013-07-02_11-25-35_632.pdf (11/04/23)

Une fois au bloc opératoire, le déroulé de la césarienne est identique à la césarienne programmée. Le recours de plus en plus systématique à l'anesthésie locorégionale (ALR) a considérablement diminué la morbi-mortalité en obstétrique, mais il ne faut jamais oublier qu'un défaut d'analgésie peut avoir des conséquences psychologiques graves pour la mère.(14)

C. Champs d'application de l'hypnose en anesthésie obstétricale:

a) Emotions et sensations autour de la césarienne :

La césarienne peut être vécue comme un soulagement, une délivrance après de longues heures de travail avec une fatigue intense proche de l'épuisement, liée au manque de sommeil, à la douleur... Mais elle peut représenter également un évènement traumatisant, mutilant avec une intense anxiété, des douleurs ... L'accouchement par voie basse est souvent idéalisé et la césarienne, bien que non choisie, impose plus de pression et de culpabilité à la femme.(15)

De plus, la rapidité d'action, le manque de communication, les explications contradictoires, la désorganisation potentielle des équipes, la séparation de la mère avec son conjoint au bloc opératoire sont autant de sources de stress pour le couple, qui plus est au moment où le pronostic vital de la patiente et/ou de l'enfant peut être engagé dans des conditions parfois extrêmes (hémorragie, procidence du cordon, hématome rétro placentaire, anomalie du rythme cardiaque fœtal). (14)

On comprend donc bien que devant l'inconnu, l'incertitude, la patiente développe des sentiments tel que l'anxiété, le stress, l'appréhension de la douleur à son entrée au bloc opératoire.

Dans ce contexte, il faut donc être extrêmement vigilant car la dissociation de la patiente, de par sa grossesse également, peut être très importante et peut aller jusqu'à la transe négative spontanée. Elle peut être définie comme « *un processus de transe dont l'origine se situe dans un registre émotionnel et/ou cognitif négatif (peur, anxiété, je suis en danger, je suis nulle...) mais également, dont les effets sont délétères pour la personne qui en est l'objet (tachycardie, tachypnée...)*. » La patiente se plonge involontairement dans cet état où elle imagine le pire de la crise, qu'elle soit douloureuse ou anxieuse. (16)

Cette transe négative rend alors la patiente hypervigilante aux moindres modifications physiologiques (rythme cardiaque, oppression...) qui, interprétées comme les prémisses de la crise, ont de fortes chances d'y mener. Le cerveau met cela en place pour se protéger, lorsque le patient n'a plus d'esprit critique rationnel. (cf annexe 3)

Les effets négatifs peuvent alors se manifester sous forme de peurs de toutes sortes, attitude figée, regard anxieux, muscles tendus, respiration et fréquence cardiaque accélérées ... Dans cet état, elle risque de mémoriser de façon confuse tout ce qui est désagréable et de percevoir principalement les messages négatifs. (17)

Tout est donc réuni pour garder l'expérience de la naissance de son enfant par césarienne avec une connotation négative, d'autant plus si le personnel accompagnant n'est pas formé au moins à la communication thérapeutique. Avec toute la bienveillance possible, chacun tente de la rassurer « N'ayez pas peur... », « Vous savez, ça ne fait pas mal ... ! » et tout cela la renvoie inmanquablement à sa PEUR et à sa DOULEUR.

b) De la transe négative à la transe positive en hypnose :

On a donc constaté que l'empathie à elle seule, ne suffit pas à améliorer le confort de la patiente puisqu'elle est hermétique à toutes les réassurances positives que l'on pourrait lui suggérer. Il faut donc identifier la transe négative, « prendre la patiente où elle en est », s'adapter à son niveau de conscience, ratifier sa souffrance et l'utiliser comme carburant pour la transformer en transe positive par différentes techniques. Il faut probablement utiliser des suggestions plus directes chez ces patientes submergées par leurs émotions au moins au début. Il faut arriver à focaliser son attention voir même la faire participer à sa prise en charge pour rétablir un sentiment de contrôle. A la fin, il faudra la réassocier en conscience critique positive.(17) (annexe 4)

La connaissance de l'hypnose permet « *d'observer, observer, observer* » comme le suggérait Erickson. Grace à l'hypnose, la patiente peut reprendre sa place active pour sa césarienne au moment où tout se passe indépendamment de sa volonté. Ainsi, elle peut engager le combat dans l'instant, au cœur même de la souffrance, et consommer toute l'énergie à sa disposition, ici et maintenant, pour vivre l'acte de façon plus positive et se préparer à un avenir plus serein. L'intensité de tout ce qui se produit dans ces moments-là, bien utilisée et redirigée vers un objectif thérapeutique, s'avère infiniment puissante.

c) Douleur périopératoire et hypnoalgésie :

L'IASP définit la douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle* ». Une des peurs prédominantes à l'arrivée au bloc opératoire lors d'une césarienne est l'appréhension de la douleur.

L'hypnoalgésie se définit par « *la pratique de l'hypnose qui a pour but de modifier et soulager une douleur* ». Elle contribue notamment à la prise en charge de la douleur des césariennes dont l'anesthésie et l'analgésie sont imparfaites comme ont déjà pu le pratiquer certains anesthésistes. (18)

En recherche clinique, le Dr Faymonville a mis en évidence ce phénomène grâce au TEP scanner : lors d'un stimulus douloureux, les patients en hypnose avaient une augmentation du débit sanguin régional dans la région cingulaire antérieure, mais aussi une modification de connexion avec d'autres régions impliquées dans la gestion de la douleur (13) . De plus, des modifications de ces modulations de connexion ont été identifiées selon l'intensité du stimulus douloureux : plus le stimulus était intense plus ces zones étaient activées pour inhiber la perception douloureuse.(19)

Plus tard, elle confirme ces résultats grâce à l'IRM fonctionnelle en comparant la douleur induite par un rayonnement laser chez des volontaires en état d'hypnose ou non : la perception de la douleur n'était pas différente dans les deux groupes mais le ressenti et la sensation douloureuse étaient nettement moins importants dans le groupe hypnose. Elle objective que certaines structures sont activées sans hypnose alors qu'elles le sont beaucoup moins chez les patients hypnotisés et que la connectivité entre différentes régions cérébrales se modifie. Ceci attestant qu'une inhibition des perceptions périphériques et une modulation du codage du message douloureux existent chez les patients en état d'hypnose.(20)

d) Anxiété péri opératoire et hypnosédation :

L'anxiété pré opératoire est « *un malaise ou désarroi psychique et psychologique consécutif à l'annonce d'une intervention chirurgicale ou à un geste technique au bloc opératoire et dépend de la nature de la maladie, de l'intervention chirurgicale, de l'âge et des expériences hospitalières antérieures* ». Des niveaux d'anxiété grave peuvent interférer avec une prise en charge optimale et augmentent les risques de complications post opératoires et de troubles émotionnels ou comportementaux. (21) Pour les césariennes, on objective, dans la majorité des cas, une anxiété importante à l'arrivée au bloc opératoire, multifactorielle et nourrissante de la transe négative.

Il y a quelques années, des molécules anxiolytiques types benzodiazépine (Midazolam), Hydroxyzine et Gabapentine étaient administrées la veille et le matin d'une intervention pour prévenir ces risques. Ces traitements ne sont pas dénués d'effets secondaires pouvant même être délétères pour le patient avec des risques d'augmentation du temps d'hospitalisation, de troubles du comportement ou d'amnésie. (22) En conséquence, les recommandations ont changé et la relation thérapeutique, l'information du patient, la musicothérapie, l'acupuncture et d'autres thérapies ont pris la place sur les traitements pharmacologiques. De multiples travaux montrent que l'hypnose permet de réduire l'anxiété pré opératoire au moment de l'induction anesthésique ainsi qu'en post opératoire et sans effet secondaire. (23) (24).

L'hypnosédation se définit « *par la combinaison de l'hypnose selon une transe formelle, de la sédation consciente intraveineuse, par faibles doses de narcotiques (Midazolam ou Propofol) et de morphiniques (Remifentanil ou Alfentanil), et de l'infiltration chirurgicale d'anesthésique local ou d'une anesthésie locorégionale* ». (25)

Par cette technique, une personnalisation, une relation de confiance entre le professionnel de santé et son patient se créent. L'accompagnement débute en pré opératoire si possible, dès la consultation d'anesthésie. Cet outil anesthésique doit, si possible, être expliquée au patient et nécessite une collaboration étroite avec l'équipe du bloc opératoire. La surveillance per opératoire est identique à celle d'un patient sous AG et la conversion en anesthésie générale est faite à tout moment en cas d'inconfort du patient, de douleur ou de difficulté opératoire. (3)

Pour les césariennes urgentes ou non, l'équipe de F. Bernard, a publié un article montrant l'efficacité d'utilisation de cet outil. Elle donne des clefs pour détecter et moduler le stress aigu généré par le risque vital menaçant l'enfant à naître ou la mère. De plus, elle représente une thérapeutique de choix pour la prévention du stress post traumatique. (18)

III- PROBLEMATIQUE :

Le taux d'AG pour les césariennes a beaucoup diminué ces dernières années, permettant une diminution de la mortalité maternelle. En effet, l'AG de la femme enceinte pose plusieurs difficultés : augmentation du risque d'intubation difficile, estomac plein, difficulté de ventilation ... Elle reste néanmoins recommandée en cas de code rouge ou d'échec d'ALR. En revanche, elle présente, en post césarienne, un risque de mémorisation, de difficultés d'analgésie, de début d'allaitement et une rupture du lien mère-enfant. La balance bénéfice risque anesthésique est donc en faveur d'une ALR.

Néanmoins, ce changement de techniques d'anesthésie n'est pas sans conséquence. La césarienne "à vif" est un sujet tabou en obstétrique. Elle est pourtant avoué à demi-mot par les équipes médicales et on estime l'insuffisance d'anesthésie pour césarienne entre 0,1 et 10 % selon le type d'ALR et les conditions de réalisation de cette intervention (26) (27) (28). Elles peuvent être la conséquence d'un défaut d'évaluation de l'équipe soignante et sont souvent multifactorielles : défaut d'analgésie, haut niveau de stress, communication difficile entre la patiente et l'équipe ou au sein de l'équipe.

Autre que le vécu négatif de l'acte, elle peut être à l'origine d'un état de stress post-traumatique (ESPT) (29) . Il désigne « *un trouble anxieux sévère, qui se manifeste à plus d'un mois d'une expérience vécue comme traumatisante avec une confrontation à des idées de mort.* » Les principaux symptômes sont l'anxiété, les insomnies, les cauchemars avec réveils nocturnes, les flash-backs, l'irritabilité, l'isolement, la colère, la peur, parfois les violences ou les conduites addictives et même la dépression (30). Cela peut générer un dysfonctionnement invalidant (isolement) au niveau social et familial, avec altération du lien mère-enfant : l'enfant peut être vu comme le souvenir récurrent de l'expérience difficile, ou un évitement des relations sexuelles peut se manifester perturbant l'intégrité et l'intimité du couple.

La prévalence est variable, estimées à 3 % en population générale et à 18 % dans les populations à risque. (31) et nécessite une prise en charge psychologique adaptée. Il constitue, de fait, un enjeu de santé publique majeur.

L'ensemble de ces difficultés font l'objet de présentations régulières aux différents congrès d'anesthésie et on perçoit bien l'enjeu que ça représente pour notre profession.

Via l'ensemble de ses champs d'action, comment accompagner les parturientes en hypnose pour leurs césariennes en urgence ou programmées afin qu'elle en garde un vécu positif ?

IV- MATERIEL ET METHODE

Pour l'élaboration de mon mémoire, quatre patientes ayant eu une césarienne programmée ou en urgence ont été incluses. L'ensemble des cas ont été recueillis pendant mon exercice professionnel au fil de mon activité.

Je travaille actuellement dans un hôpital périphérique polyvalent public. Mon activité de journée se partage entre le bloc opératoire, les consultations, un secteur de soins continus de 5 lits et la maternité. Lors des gardes, un seul anesthésiste est en charge de l'ensemble de ses tâches durant la nuit ou le week-end.

Notre maternité recense environ 1200 à 1300 accouchements par an avec un taux de césariennes aux alentours de 17 %.

A. Césarienne programmée

Dans le cas d'une césarienne programmée, la patiente est convoquée la veille auprès des sage-femmes pour s'assurer que l'ensemble du dossier est complet et que les bilans biologiques sont corrects. Elle est ensuite hospitalisée le matin de l'intervention avec les consignes de jeun et est placée en première position au bloc opératoire. Une équipe constituée d'un MAR, d'un gynécologue obstétricien, d'un IADE et de 2 IBODE accueillent la patiente en salle de césarienne ou elle vient à pied depuis son lit. Après vérification de l'ensemble du dossier, elle est monitorée, perfusée, installée en position assise pour la rachianesthésie puis couchée sur la table avec les bras en croix. On installe ensuite les champs opératoires pendant que l'anesthésie se met en place. Lorsque tout est prêt, le conjoint, s'il le souhaite, peut venir accompagner sa partenaire en s'asseyant vers elle au niveau de sa tête derrière les champs opératoires.

En raison de l'organisation de service et des aléas de l'activité, une seule patiente a été incluse dans ce cadre-là dans mon mémoire : Mme C, 31 ans, G3P2 (3ème grossesse, 2 parités), sans antécédents particuliers, programmée pour une césarienne dans le cadre d'une mauvaise insertion placentaire. Ce sera sa première césarienne car elle a accouché les deux premières fois par voie basse sans difficulté de 2 garçons.

B. Césarienne en urgence:

Dans le contexte de l'urgence, la patiente a été informée de manière écrite et verbale des différentes modalités d'anesthésie possibles à la consultation en cas de césarienne. Cette information est délivrée à toutes les patientes mais le risque de césarienne à ce moment-là est méconnu. Il est très fréquent que l'information ne soit pas bien entendue car la patiente ne se sent pas concernée à l'instant T.

La décision de césarienne en urgence est prise par le médecin gynécologue obstétricien. Il décide alors d'un code rouge, orange ou vert : les sages femmes appellent donc les différents intervenants qui relaient à leurs collègues l'information et le degré d'urgence. Le MAR est prévenu en premier et appelle l'équipe du bloc opératoire qui vient ouvrir l'ensemble de son matériel, s'habiller et préparer la salle pour la césarienne.

Pendant ce temps, l'obstétricien informe la patiente et son mari de la raison de la césarienne et indique brièvement les prochaines étapes. La patiente boit un anti acide et est sondée à demeure puis elle est transférée en salle de césarienne sur son lit. Au bloc, elle est passée sur la table d'opération et la suite est similaire à une césarienne programmée.

Trois patientes ont été incluses dans ce contexte-là :

➤ Mme B, 29 ans, G1P0 : sans antécédent particulier,

Elle a été hospitalisée 72h avant que nous la prenions en charge pour sa césarienne car la poche des eaux étaient rompue. Après 24h d'hospitalisation, le travail a été déclenché par un ballonnet puis des prostaglandines. Le col s'est modifié avec mise en route du travail et je lui ai posé sa péridurale le dimanche matin à 10 h. J'ai donc rencontré cette patiente pour la première fois dans ce contexte : j'ai trouvé une dame épuisée parce qu'elle avait fait nuit blanche due aux contractions. La pose de péridurale s'est passé sans difficulté et elle est arrivée à se reposer dans la journée.

A 20h, après plusieurs rebondissements, le gynécologue a pris la décision de faire une césarienne code vert pour stagnation à 8 cm. Nous l'avons prise en charge durant la période de Noël.

- Mme Z, 36 ans, G1P0, 2 IVG et 1FCS, pas d'autre antécédent,

La patiente est entrée à la maternité 24 heures avant sa césarienne avec un travail difficile à débiter et très algique avant la pose de péridurale. Mon collègue lui a posé sa péridurale à 6h du matin et devant l'absence de dilatation du col à 5 cm, le gynécologue décide d'une césarienne à 15h code vert.

- Mme A, 30 ans, G2P1, pas d'antécédent particulier.

Elle a eu un AVB d'une petite victoire 3 ans auparavant sans difficulté. L'interne d'anesthésie a posé la péridurale la veille à 22h sans difficulté avec un travail standard.

Le gynécologue décide d'une césarienne code rouge pour échec d'instrument à 7h15 un mercredi matin de mars. L'interne d'anesthésie m'a appelée donc au moment de la décision de césarienne car il était présent en salle de naissance et il a réinjecté directement dans le cathéter de péridurale. Ceci nous a donc permis donc de ne pas faire une AG en urgence malgré le code rouge. Cependant, l'urgence extrême était présente ce qui angoissait la patiente.

L'accompagnement en hypnose des patientes ayant eu une césarienne n'a donc pas pu être anticipé dans l'ensemble des cas. Ils ont été réalisés dans le contexte réel de mon exercice avec les ressources en place. Les 4 cas ont été inclus de décembre 2022 à mars 2023 pour la réalisation de mon mémoire.

V- RESULTATS et DONNEES CLINIQUES

A. Mme C , césarienne programmée:

Etant donné que dans le cadre de mon mémoire, je souhaitais aborder les césariennes programmées, j'ai saisi l'occasion de l'inclure lorsque je l'ai vu au programme un vendredi matin en février. Après avoir organisé avec ma collègue la gestion des autres salles, je suis allée à sa rencontre en salle de naissance. Voici comment mon accompagnement s'est déroulé :

En arrivant, je trouve la patiente debout, habillée avec son champ chaud sur le dos prête à entrer en salle de césarienne accompagnée de la sage-femme. Après l'avoir saluée et m'être présentée, je prends conscience que c'est une auxiliaire puéricultrice du service mais avec qui je n'ai pas de lien particulier et je ne considère pas que c'est un frein à mon accompagnement en hypnose. Je vérifie qu'elle soit d'accord pour que je la tutoie.

Après lecture du dossier, je découvre qu'elle a perdu son 2ème garçon d'une tumeur au cerveau il y a 2 ans et que le premier doit avoir 5 ans. De surcroît, au moment d'entrée en salle de césarienne, la sage-femme m'informe discrètement qu'elle est en plein divorce avec le papa, qu'ils se sont séparés pendant la grossesse mais qu'il souhaite être présent avec son accord lors de la césarienne. Le contexte de vie n'est donc pas optimal pour accueillir l'enfant et il va falloir que je sois délicate pour aborder le sujet. Mais je considère à ce moment-là que mon accompagnement peut être d'autant plus bénéfique même si c'est une difficulté supplémentaire à intégrer pour moi.

Elle parle très peu dès son arrivée au bloc et se contente de répondre aux questions et je perçois une angoisse par rapport à la césarienne. Elle est assez timide et introvertie. Je l'installe donc pour la rachianesthésie que je réalise en établissant une communication thérapeutique pour me renseigner sur la grossesse, son vécu de fin de grossesse : elle attend un petit garçon qui s'appellera Léo. La grossesse s'est bien déroulée pour elle, bien qu'elle eut préféré accoucher voie basse comme les autres mais « c'est comme ça tant que tout se passe bien c'est l'essentiel ». Elle ne mentionne pas son ex conjoint.

Après avoir réalisé mon geste sans difficulté, je m'assois à ses côtés pour être en position intermédiaire, je lui propose donc, si elle le souhaite, de l'accompagner avec l'hypnose pour accoucher voie haute : je verbalise avec une attitude empathique les objectifs communs d'accompagner les sensations de son corps jusqu'à l'arrivée du bébé puis ensuite lui permettre de s'évader pendant la délivrance et la suture. Elle accepte alors bien volontiers.

Je fais donc rentrer le papa à ce moment-là car la patiente est prête pour le geste et je lui explique également ma démarche. Je suis néanmoins très mal à l'aise de cette situation. Il s'assied au côté de la patiente, de l'autre côté de moi, et je fais le choix de me concentrer sur la patiente en expliquant au papa qu'il peut prendre de mon discours tout ce qu'il souhaite mais que je vais accompagner Mme C dans ses sensations. Je m'affranchis donc de la difficulté de relation avec son ex compagne de cette manière.

Je m'adresse alors à Mme C pour débiter l'induction via une focalisation visuelle et lui propose de réajuster la position de son corps. Je fais un *yes set* avec : « es-tu confortablement installée maintenant ? tes bras sont confortablement installés ? as-tu assez chaud ? », elle acquiesce à chaque question.

Après cette série d'approbation, j'ajuste ma position pour trouver la bonne proxémie et je réalise un *pacing*. Je débute donc le *VAKOG* en lui proposant de fixer un point dans la pièce. Elle arrête son regard rapidement sur le haut du champ opératoire devant elle : « Quand tu auras trouvé ce point, je vais te demander de bien te concentrer dessus, ne pas le quitter des yeux et identifier ses couleurs, ses contours, sa forme... » (V). Je *ratifie* alors : « oui très bien exactement comme ça ». J'observe que la patiente se focalise sur ce point, qu'elle accepte de se concentrer sur ma voix et suit ma proposition. « Et peut être que plus tu regardes ce point intensément, plus tu peux percevoir quelques changements dans sa couleur ... plus foncée ou plus claire, dans sa forme... plus ou moins arrondie, ou être peut-être un peu plus flou ... ». Je vois alors un début de plissement des yeux comme une fatigue visuelle et je renforce « et peut être que ces yeux auront besoin de se fermer à un moment donné ... et les bruits de la pièce deviendront moins importants... et tes oreilles n'entendront plus que le son de ma voix... (A) et tu pourras alors mieux percevoir les sensations de ton corps (K) ». Je débute donc mon discours *dissociatif* et elle ferme les yeux. Je *ratifie*. Je vois directement le nystagmus oculaire au niveau des paupières.

Je poursuis avec le *kinesthésique* « Maintenant que tu as autorisé ces paupières à se fermer, je te propose de te concentrer sur ta respiration ... inspire l'oxygène par le nez via les petites lunettes que nous t'avons mise ... et diffuse-le, grâce à l'inspiration de tes poumons, à l'ensemble de ton corps... puis ressens l'air chaud des poumons qui ressort à l'expiration ... Sens l'oxygène se réchauffer au contact des poumons et tranquillement diffuser dans tout ton corps. Cet oxygène qui va aller jusqu'à chaque extrémité de ton corps, pour lui donner de la détente, pour lui permettre de libérer ton bébé. Cet oxygène qui fait ce qu'il a à faire, comme il doit le faire, sans penser à le faire... (*confusion*) »

Elle reste calme et détendue, j'observe toujours les mouvements automatiques oculaires et sa respiration est lente et ample. Le gynécologue est installé, il me regarde discrètement pour tester l'anesthésie. Je renforce avec la suggestion de détente (*si truisme alors suggestion*) tout en *dissociant* son corps de son esprit : « et si ce corps perçoit des sensations, alors il aura encore plus envie de se détendre, se relâcher, pour faire toute la place nécessaire pour l'arrivée de ce bébé... sans même avoir besoin d'y penser ... ne pas chercher à se relaxer... (*négation*) ». Elle ne réagit pas au pincement, la césarienne peut débuter.

« Et tranquillement, tandis que ce corps est relâché, détendu, peut-être qu'il pourra ressentir des choses ... et plus il aura de perceptions, plus il arrivera à trouver de la détente ... (*association d'idée*) à aller plus profondément dans ce nouvel état agréable... voilà très bien ... calmement ... relâchée ... (*saupoudrage de détente*) ... et lorsque tu entendras les premiers cris de ton enfant, tu pourras t'autoriser, à sortir de cet état de détente profonde pour venir le découvrir. Tu arriveras, par la suite, à encore mieux repartir dans cet état pour prendre un instant pour toi. (*Anticipation pour approfondir l'hypnose*).

Au moment de l'écartement des grands droits, je vois un petit crispement au niveau du visage. Je *sature* à nouveau : « et toutes les sensations que ce corps peut ressentir sont normales... il fait exactement ce qu'il doit faire... et plus il perçoit des choses, plus il peut se détendre encore plus ... pour accompagner les choses ... Ce corps qui va permettre de faire de la place pour donner naissance à ton bébé... Toute la place nécessaire pour qu'il arrive dans les meilleures conditions... Voilà ... exactement... ce corps fait comme il sait si bien le faire sans même avoir besoin d'y penser, sans chercher à le détendre. (*Utilisation de la négation*) ... ce corps va donner la vie comme il a su déjà le faire même si c'est d'une manière différente cette fois ci ... Voilà exactement comme ça... Très bien ... (*Félicitations*). »

Le bébé arrive alors et au premier cri de Léo, elle ouvre les yeux et tourne la tête dans l'attente de le découvrir. Elle rencontre pour la première fois son bébé et lui fait un premier câlin. La sage-femme l'emmène ensuite avec le papa en salle d'accouchement pour le réchauffer et lui donner les premiers soins. Une fois sortie, je la félicite de nouveau pour la naissance de ce petit Leo. Je la rassure sur le fait que la sage-femme est avec lui et que tout va bien. Mais elle connaît le fonctionnement et ne présente pas d'angoisse particulière.

Je lui propose donc ensuite de prendre un temps pour elle, pour récupérer et faire ce dont elle a envie. Je lui propose une projection du retour à la maison qu'elle accepte. « Je te laisse donc refermer les yeux en prenant une profonde inspiration et retrouver de nouveau

cet état de détente dans lequel tu étais auparavant. » Elle ferme les yeux et elle retrouve directement les mouvements oculaires automatiques et une respiration calme. Je *ratifie* « Et maintenant que tes paupières sont bien fermées ... exactement comme ça ... oui super... Je te propose de mettre derrière ces paupières, l'image de ton retour à la maison ... projeter comme sur un écran, ton retour à la maison avec ton bébé... au chaud ... visualiser la première rencontre de ses frères ... (*utilisation de la projection de l'écran*) » Je ressens alors un profond malaise car je me rends compte de mon erreur par rapport au décès de son deuxième fils mais elle ne montre pas de signe physique que ça l'ait heurtée. Pour me sécuriser, je lui propose finalement quelque chose de plus kinesthésique, flou et vague car je ne suis pas du tout confortable avec la situation et je me rends compte que ça me met en difficulté par rapport à mes propres représentations. Je poursuis donc : « Maintenant que tu as bien pu visualiser la scène, je te propose d'y participer pleinement... De rentrer dans cet écran si familier et d'aller y ressentir toutes ses sensations positives... et de t'installer dans la pièce, de ton choix, chez toi, où tu es en sécurité avec ton bébé. (*Évocation de la safe place*) ... Peut être sur le canapé ou peut-être pas... peut-être un autre endroit, je ne sais pas... un endroit que tu connais... ou tu te sens bien, confortable... Ressens la chaleur de la pièce, le réconfort, la réassurance qu'elle t'apporte ... Et installe toi confortablement ... Apprécies les lumières de la pièce, juste suffisantes pour être agréables... et retrouve tous ces éléments familiers, réconfortants. (*saupoudrage de sécurité/confort*)... Ressent le plaisir de ce moment privilégié avec ton bébé... et laisse venir ce qu'il doit... accorde toi un instant pour toi, pour vous avec ton bébé... Une petite pause pour profiter de ce contact chaleureux... et juste ne rien faire sans avoir à penser à le faire (*artistiquement vague*) ». Elle reste calme durant la césarienne avec des paramètres cliniques correctes.

A la fin de la césarienne, j'effectue le retour : « Et quand tu seras prête, tu pourras ... tranquillement... à ton rythme ... reprendre les sensations de ton corps... ouvrir les yeux en prenant une profonde inspiration et reprendre les sensations de ton corps et revenir avec nous ici et maintenant, en reprenant contact avec les bruits de la pièce » (*VAKOG inversé*). Avant que nous la mobilisions, « reviens à ton rythme, prends le temps qu'il te faut, et tu pourras t'autoriser à repartir tout à l'heure en salle de réveil dans cet état de détente pour pouvoir te ressourcer » (*suggestion post hypnotique*). Elle ouvre rapidement les yeux en inspirant. J'ai malheureusement placé trop tardivement ma suggestion post hypnotique car elle avait retrouvé sa conscience critique et mobilisait ses membres.

B. Mme B, césarienne code vert

Je retrouve donc Mme B, à qui j'ai posé une péridurale le matin, au transfert du bloc pour sa césarienne : elle est épuisée, « à bout de nerfs ». Elle commence à pleurer en disant qu'elle n'a plus la force pour supporter tout ça.

Je reprends donc le contact avec elle, je lui rappelle qui je suis en lui posant une main sur le bras debout à côté de son lit avant le transfert sur la table du bloc et qu'on s'est rencontré pour la pose de la péridurale (*création de l'alliance thérapeutique*). Je poursuis : « J'entends que vous êtes épuisée et que vous avez peur. » (*reformulation de ses sentiments, acceptation*). Elle acquiesce. « Je suis là pour vous aider et vous accompagner, si vous êtes d'accord, pour vivre cet accouchement de manière différente que ce que vous aviez prévu. Je sais que ce n'est pas ce que vous imaginiez mais j'ai confiance en vous, vous allez y arriver et je vais vous accompagner pour ça. (*Renforcement positif*). Vous allez être un membre de notre équipe. Comme en formule 1, lorsque le conducteur arrive au stand, chacun connaît son rôle sur le bout des doigts pour le faire de la manière la plus efficace et en sécurité. (*métaphore*). Est-ce que vous êtes d'accord qu'on fasse ça ? » Elle me répond qu'elle est d'accord.

Elle a déjà embrassé son mari qui ne rentre pas en salle. On l'installe donc avec l'équipe en salle d'opération avec mise en place des appareils de surveillance. Je lui explique alors, que si elle est d'accord, je vais l'accompagner grâce à l'hypnose dans son accouchement pour qu'elle accompagne son bébé afin de lui donner plein de ressource pour le début de sa vie (*explication de la technique, de l'objectif et adhésion*). Elle acquiesce.

Je prends rapidement les informations sur la grossesse : c'est un premier enfant avec une grossesse sans particularité. Ils attendent avec impatience un petit garçon qui va s'appeler Lucien. Je m'assois vers sa tête (*position intermédiaire*), et me mets avec une proximité suffisante pour qu'elle m'entende bien et qu'elle ressente ma présence. Tout en synchronisant mon discours sur sa respiration (*pacing*), je débute donc l'induction avec une focalisation visuelle : « je vous propose de trouver un point dans la pièce et de me le signifier lorsque vous l'aurez trouvé. » (V). Je vois qu'elle fixe un point au plafond et elle me dit que c'est bon. « Je vous laisse bien fixer ce point, ces couleurs, ces contours, sa forme ... voilà et vous vous concentrez toujours bien sur ce point... » J'observe qu'elle me suit et qu'elle fixe bien le regard. « Et tandis que vous fixez intensément ce point, vous laissez votre corps faire les choses (*début du discours dissociatif*) et vous ne vous concentrez que sur ce point... Et peut-être que progressivement ce point va se modifier, changer un peu de teinte, devenir plus sombre ou plus clair, modifier un peu ses contours, sa forme... progressivement plus vous le fixez, et plus peut-

être, il se modifie. » Je la vois acquiescer de la tête et commencer à froncer les yeux. « Et peut-être, qu'en fixant ce point, les bruits de la salle vont devenir moins perceptibles par vos oreilles et vos yeux ressentiront peut-être le besoin de se fermer ... et vous pouvez autoriser vos paupières à se fermer sur vos yeux quand vous le souhaitez (*poursuite VA, renforcement du discours dissociatif*).

Elle prend ma proposition et ferme donc les yeux. Je *ratifie* : « voilà exactement comme ça. Et maintenant que ces paupières sont fermées, je vous propose de mettre dans ce corps de la détente pour aider votre bébé à venir au monde. » (K)

Je me synchronise visuellement avec le gynécologue qui teste l'anesthésie et rigole en disant qu'il va être bien détendu aussi et qu'il voudrait bien la même chose avec sa voix non discrète... Je lui valide avec un hochement de tête qu'il peut débiter.

Je poursuis donc « Et tout ce qui peut venir à vos oreilles pourront aider ce corps à faire ce qu'il doit faire... (*intégration parasitage*)... Tout naturellement... et je vous propose, de ressentir cet oxygène qui arrive par une narine et l'autre, cet air frais qui se réchauffe au contact de vos poumons, cet oxygène qui va se répandre dans votre corps... oui comme ça, exactement. (*ratification*). Et sentez ces bulles d'oxygène qui vont partout dans votre corps jusqu'aux extrémités et qui apportent de la détente dans vos muscles... De la détente partout dans le corps, dans le ventre pour faire de la place pour votre bébé. » Je la vois respirer calmement avec le visage détendu et le nystagmus oculaire.

Je poursuis donc dans le *saupoudrage de détente* « autorisez votre esprit à aller dans un endroit pour retrouver de la détente... peut-être sur une plage ou tout autre chose, je ne sais pas... »

A ce moment-là, le bébé crie et je la vois directement ouvrir les yeux. Je la félicite donc d'avoir mis au monde ce petit Lucien. Je lui explique que la sage-femme va maintenant venir lui présenter Lucien. Elle le prend contre son visage avec sa main droite et pleure à son contact en lui disant « te voilà enfin ». Nous la rassurons que tout va bien et la sage-femme lui explique qu'elle l'emmène vers le papa, qu'il va être examiné par le pédiatre, aura les premiers soins et fera du peau à peau avec le papa. Après un dernier bisou, me voilà de nouveau avec la maman qui sèche ses dernières larmes. Je la rassure encore que son bébé va bien, qu'elle peut se féliciter pour lui avoir donné des forces et d'avoir permis son accouchement. (*mots « qui font du bien*) Puis je lui propose, de prendre un instant pour elle, le temps que nous fassions la suture. Un temps pour récupérer, se reposer pour pouvoir être en forme pour s'occuper de Lucien en salle de réveil.

Elle accepte ma proposition : « je vous propose donc de fermer les yeux en prenant une profonde inspiration et de retrouver cette sensation de détente que vous avez réussi à avoir quelques minutes auparavant. » Je la vois prendre une profonde inspiration et refermer les yeux. Je *ratifie* « voilà exactement comme ceci... et laissez venir cette détente pour permettre à votre corps de faire ce qu'il a à faire... redonnez à chaque partie de votre corps cette sensation de relaxation que vous aviez auparavant ... libérer vos muscles ... les laissez faire en autonomie...Et je vous propose, pendant que votre corps fait bien les choses comme elles doivent être faites (*confusion*) de projeter grâce à votre esprit, à dans quelques minutes, quand vous allez retrouver votre conjoint avec Lucien en salle de réveil... Sentez le corps de Lucien, sa chaleur contre vous ... son souffle dans votre cou ... se blottir contre vous... dans la chaleur de cet endroit et de ce moment tellement agréable à 3... » (*renforcement du VAKOG*). J'observe un sourire détendu sur le visage de la patiente.

« Un peu comme un petit chaton tout doux et tout chaud qui vient se blottir contre sa mère... y trouver tout naturellement sa place...(*métaphore*)...Voilà profitez de toutes ces sensations, ces choses positives qui vont rester, ses premiers instants si précieux à vous et votre bébé... Ses premiers moments de découvertes ... prenez le temps de découvrir chaque détail de son visage... son nez ... ses yeux ... ses oreilles... comment il porte les habits que vous lui avez choisi ... et profitez de ces débuts de vie à 3 ...

Et si vous le souhaitez, vous pouvez même aller plus loin ... visualisez le moment où vous allez ramener Lucien à la maison juste avant Noël... le ramener dans son cosy pour lui présenter la maison ... ce petit cocon que vous avez fait pour votre famille... Retrouvez tous les détails de la maison, avec les décorations de Noël... Retrouvez tous les détails de cet endroit que vous connaissez bien... et peut-être vous autorisez à penser à qui vous le présenterez pour la première fois vos parents, vos beaux parents, votre sœur ou quelqu'un d'autre ... je ne sais pas... et je vous laisse profiter de cet instant, si précieux et prendre toutes les choses positives pour vous rétablir vite... N'essayez surtout pas de vous détendre...(*utilisation de la négation*) laissez venir les choses comme elles doivent l'être... si naturellement ... de manière reposante ressourçante (*artistiquement vague*) »

Je *ratifie* sa détente et je continue jusqu'à la fin de la césarienne en *saupoudrant* de la relaxation, du bien-être, de la joie... Elle reste les yeux fermés, détendue avec des paramètres de surveillance beaucoup plus dans les normes qu'à son arrivée.

A la fermeture de la peau, je réalise le retour : je lui propose de revenir à son rythme avec nous, de retrouver les sensations de la table, de la pièce autour de nous, et de prendre une profonde inspiration, ouvrir les yeux et de revenir avec nous dans l'ici et maintenant, reprendre contact avec les bruits de la pièce. (*VAKOG inversé*) Elle reprend rapidement les sensations de son corps, ouvre les yeux et s'étend sur la table.

C. Mme Z, césarienne code vert

Mon premier contact avec la patiente a lieu en salle de naissance pour me présenter et lui expliquer le déroulement de l'anesthésie de césarienne accompagnée de l'interne. Elle m'informe directement qu'elle ne peut pas rester en décubitus dorsal (DD) plus de 30 secondes depuis le troisième mois de sa grossesse car elle fait des malaises hypotensifs. Elle accepte momentanément de se mettre en décubitus dorsal pour la première injection d'AL dans la péridurale et la pose de la sonde urinaire mais au bout d'une minute, elle sent la sensation nauséuse et se remet en Décubitus latéral gauche (DLG) comme habituellement. La césarienne devant se faire impérativement en DD, je la rassure en lui disant que nous avons des médicaments permettant de contrecarrer les effets de la diminution de tension et que je serai à ces cotés pour l'accompagner à vivre son accouchement. (*début de l'alliance thérapeutique*). Le mari sera présent pendant la césarienne.

Nous transférons donc Mme Z en salle de césarienne. Après l'avoir installée, je m'assis à côté d'elle, à sa tête pour l'accompagnement en hypnose pour son accouchement. Je lui dis que j'ai besoin d'elle pour pouvoir permettre à son corps de donner naissance à son enfant et que nous allons travailler ensemble pour qu'elle y arrive. (*intégration de la patiente comme un membre de l'équipe*). Je la rassure sur le fait que l'équipe est habituée et que nous allons tout mettre en œuvre pour que tout se déroule bien, que nous avons l'habitude de cette intervention. Elle est d'accord mais me dit qu'elle n'y arrivera pas avec un ton de détresse. De nouveau, elle ne supporte pas la position couchée et remet le haut de son corps en latéral (position impossible à maintenir pour une césarienne). Après avoir ajusté les médicaments pour la tension et m'être assurée qu'elle était correcte, je lui réexplique que nous avons réajusté les doses de médicaments pour que cette sensation soit amendée mais qu'elles vont bientôt disparaître avec la sortie du bébé.

Je reformule alors son état de stress et le contexte : « je sais que vous êtes stressée, je vois que vous êtes tendue », elle s'exclame « oh ça oui ça fait 24 heures que je suis crispée et que je ne peux pas me reposer ». Je poursuis : « je comprends que vous êtes crispées et que vous avez peur, c'est normal dans la situation. » Son facies montre un sourire crispé poli : « oui je n'en aurai qu'un, c'est fini je veux en finir avec ça. Accompagné d'un juron » « Ok nous sommes là pour vous aider à faire naître votre bébé. Je vais vous accompagner pendant la césarienne mais il faut vous remettre sur le dos pour pouvoir débiter. » Elle accepte donc de se remettre en décubitus dorsal

Je prends donc brièvement quelques informations sur son bébé : « Est-ce que vous savez ce que vous attendez ? » « un garçon, il m'aura déjà bien embêté avant d'arriver », « ok est-ce que vous voulez nous partager son nom avant la naissance » « oui ça sera Kilian » , « Ok » J'établis donc l'objectif de mon accompagnement : c'est le moment où le papa entre, je lui propose de prendre la main de sa compagne et je lui dis que nous allons débiter l'exercice ensemble pour donner de la détente à son corps pour lui permettre de faire naître son bébé. Je ressens qu'elle bute sur le mot « détente » qui est à l'opposé de son état actuel.

Je reformule « Nous allons travailler ensemble pour que votre corps fasse ce qu'il à faire sans que vous ayez besoin de faire quoique ce soit, sans même y penser. (*confusion*) Vous allez y arriver, j'ai confiance en vous et faites-vous également confiance. (*réassurance*) Votre bébé va bien, la césarienne est non urgente et nous l'avons faite car il ne pouvait pas trouver sa place pour passer par les voies naturelles. Nous avons le temps, tout le monde est là. Vous et votre bébé êtes en sécurité. Tout va bien se passer. Votre corps saura faire exactement ce qu'il doit faire. (*Discours dissociatif*). Au moment où vous entendrez votre bébé, vous pourrez le découvrir et retrouver toutes les sensations de votre corps pour cette première rencontre avec le papa. » (*anticipation de la sortie de transe*)

Elle me répète qu'elle n'en sera pas capable et de nouveau elle ressent les sensations nauséuses avec bascule sur le côté. Après vérification des paramètres qui n'ont pas bougés, je lui propose de prendre la position la mieux du haut du corps, même si c'est légèrement sur le côté, d'ajuster ses épaules pour s'installer pour l'exercice. (*début du VAKOG*) Elle accepte et se remet en DD. Je lui propose de fixer un point. Je visualise alors la détresse dans son regard qui erre et qui n'arrive pas à se focaliser sur quelque chose. Après lui avoir reformuler plusieurs fois, je constate qu'elle n'y arrive pas, qu'elle ne peut se concentrer sur ma voix et je sens les tremblements de son corps s'intensifier et de nouveau les nausées apparaissent.

Je change du coup ma proposition de manière assez directive « concentrez-vous uniquement sur votre respiration, prenez de profonde inspiration et expiration, inspirez par le nez l'oxygène des lunettes que nous avons mises pour votre bébé puis souffler par la bouche et laisser cette respiration se faire...voilà encore ... inspirez (*pacing avec accentuation de ma propre inspiration*) et expirez (j'intensifie également mon expiration) ... ». Je répète le mouvement avec elle 3 à 4 fois en intensifiant ma respiration pour qu'elle me suive. « Laissez aller ce mouvement d'inspiration et d'expiration naturelle... » Elle suit la consigne et arrive à calmer légèrement sa respiration saccadée. « Et maintenant, fermez les yeux ... voilà comme ça...(*ratification, suggestion directive*) pour encore plus ressentir ces sensations internes,

visualisez cet oxygène qui peu à peu se répand dans tout votre corps jusqu'au cordon de votre bébé ... Ce fil de vie qui vous relie à votre enfant et par lequel vous lui donnez toutes les forces nécessaires à sa future vie aérienne imminente. » Je sens sa respiration se relâcher et les tremblements diminuer. Je *ratifie* « c'est exactement ça... vous avez trouvé la bonne voie ... continuez exactement comme ceci. »

A ce moment-là, elle ouvre les yeux en disant « non je ne sais pas faire ». Et de nouveau les tremblements resurgissent et elle veut se remettre sur le côté.

Je la rassure : « je suis-là, je vais continuer à vous guider, votre corps vient de faire exactement ce qu'il fallait pour votre bébé (*renforcement du discours dissociatif*). Faites-vous confiance ainsi qu'à lui et laissez-le faire. Ne pensez surtout pas à le détendre. (*négation*) Reprenez votre respiration comme il y a quelques minutes, fermez les yeux et laissez l'oxygène circuler dans votre corps comme précédemment. »

Elle referme les yeux et je réinsiste sur l'amplitude respiratoire en calant la mienne sur mon discours : « Vous pouvez intensifier votre respiration, plus vous respirez profondément, plus votre corps aura les ressources pour vivre cet accouchement... » Je vois qu'elle ne me suit pas. « Et peut être qu'il est plus facile initialement de respirer un peu plus vite, de manière un peu plus saccadée comme vous le faites, et vous pouvez ressentir, l'inconfort que cela procure... Tandis que vous pouvez sûrement retrouver, comme il y a quelques minutes, une respiration plus ample, plus calme, qui est beaucoup plus ressourçante... (*spacing respiratoire*). Vous pouvez utiliser, si vous le souhaitez un bouton, un variateur (*métaphore*) que vous pouvez tourner pour augmenter ou diminuer votre respiration si vous en avez envie. Vous pouvez peut être déjà l'augmenter, comme maintenant, pour ressentir l'inconfort de cette respiration... Puis tranquillement, à votre rythme, tournez ce bouton dans l'autre sens, pour diminuer le rythme de cette respiration... la rendre plus calme... la ralentir, tranquillement, de manière guidée, autonome, sans même avoir à y penser... Grâce à ce bouton, la respiration peut redevenir plus calme, plus ample, plus ressourçante... »

Elle retrouve un rythme respiratoire correct, les tremblements diminuent et elle supporte la position couchée.

Je lui propose alors une catalepsie des paupières maintenant qu'elle a les yeux fermés pour renforcer la dissociation. « Concentrez-vous maintenant sur vos paupières et détendez tous les muscles de ces paupières, de l'intérieur vers l'extérieur ou peut être inversement ... voila ... lissez chaque petit pli de vos paupières... à votre rythme ... un peu comme un rideau qu'on déplisse tranquillement (*métaphore*)... » Le but étant de la focaliser vraiment sur ma voix et

mon accompagnement pour obtenir une meilleure transe pour qu'elle ne revienne pas à la moindre sollicitation. De nouveau, elle ouvre les yeux, « je ne peux pas ».

Je repars donc sur la respiration car le temps avance, le chirurgien a débuté sans qu'il n'y ait de soucis d'analgésie ou même que Mme Z s'en soit rendu compte. Mon objectif était atteint avec la respiration : qu'elle reste en position DD sans nausées. Elle retrouve donc l'accalmie de sa respiration après que j'aie réitéré mon discours précédent. « Maintenant que votre corps a réussi à trouver un peu de détente grâce à la respiration, il va pouvoir libérer tranquillement ce bébé qui va bientôt arriver... Chaque muscle va se détendre un peu plus pour faire la place nécessaire au bébé... Peut-être que votre corps va ressentir des choses au niveau de votre ventre... et s'il ressent quelque chose, alors il pourra encore plus se détendre, pour faire encore plus de place et d'espace à ce bébé. » (*si truisme, alors suggestion*)

La césarienne étant un peu difficile techniquement avec un gros bébé (4kg 060), la gynécologue doit prendre la ventouse et appuyer encore plus fort sur le haut du ventre. J'intègre la sensation à mon discours : « et peut être que la sensation va devenir plus intense et que vous voudrez pousser légèrement, si vous le souhaitez, pour libérer ce bébé comme vous l'avez appris en cours d'accouchement. »

De nouveau elle rouvre les yeux en disant « je ne sais plus faire, je ne sais pas ce qu'il faut faire. » et les tremblements reprennent. Je poursuis avec un discours dissociatif car je comprends qu'elle ne se sent pas capable d'être active dans sa césarienne. « Laissez votre corps faire, tout se passe très bien pour nous. Votre corps sait exactement comment aider votre enfant à sortir. »

Kilian pousse alors son premier cri et je la laisse profiter de l'attente de la découverte avec le papa de leur garçon. Lorsqu'elle le voit dans les bras de la sage-femme, sa première réflexion est « oh ce nez qu'il a ! ». La sage-femme la rassure qu'il va bien et elle l'emmène pour les premiers soins avec le papa.

Après leur départ, je la félicite pour son enfant, pour avoir trouvé les ressources nécessaires pour mettre au monde son enfant. Elle dit qu'elle est encore tendue et qu'elle a hâte que ça se termine. Je lui propose donc de prendre un moment pour elle pendant les sutures pour se ressourcer et prendre des forces pour assurer dans ce nouveau rôle de maman. Elle acquiesce.

Je la fais donc reprendre sa focalisation respiratoire qui est la seule chose qu'elle ait accepté jusque-là et spontanément elle ferme les paupières. Je *ratifie* : « très bien, et maintenant que vous avez fermé vos paupières, je vous propose que votre corps retrouve la détente d'auparavant ... (*saupoudrage de détente*) ... et je vous propose de visualiser derrière ses paupières fermées... la petite bouille de Kilian ... de revoir son nez (*réutilisation de ses paroles*) ... la forme de son visage tout rond, ses joues... » (V)

Je vois un sourire d'admiration maternelle sur son visage et de nouveau son corps se détend. « Projetez-vous, si vous le souhaitez, en salle de réveil quand vous aurez votre fils dans les bras. » Elle ouvre les yeux en me posant les questions sur l'après, comment ça va se passer. Je ressens qu'elle veut reprendre le contrôle, la connaissance de la suite et elle se sent rassurer après mes explications. Kilian revient à ce moment-là, emmitouflé dans sa couverture. Elle peut l'embrasser, le prendre sur elle et ils s'apaisent mutuellement au contact l'un de l'autre.

Après son départ, de nouveau les tremblements recommencent, elle est tendue, je lui repopose donc de fermer les yeux, reprendre la respiration comme précédemment et se recentrer sur ses sensations intérieures. Je ressors mon discours précédent qui a fonctionné et je vois de nouveau ses traits se détendre, sa respiration se calmer, les tremblements s'arrêter.

Je reprends ensuite l'image de la projection en salle de réveil en la focalisant sur la description de Kilian, la chaleur de son corps au contact du sien, sa peau contre sa peau, la respiration de son enfant sur sa peau, ses petits mouvements pour commencer à téter, les petits bruits du nourrisson ... (VAK)

Elle arrive à rester détendue jusqu'à la fermeture de la peau sans nouveaux tremblements ou nausées.

A la fin de la césarienne, je fais le retour : « Vous pouvez vous féliciter d'avoir trouvé la ressource nécessaire pour la naissance de Kilian. Et dans un avenir, plus ou moins proche, vous pourrez retrouver cette sensation quand vous en aurez besoin... (*suggestion post hypnotique*) ... Et maintenant, à votre rythme, vous allez pouvoir retrouver les sensations de votre corps, prendre une profonde inspiration et revenir avec nous, ici et maintenant, en ouvrant les yeux, reprendre contact avec les bruits et les lumières de la salle. »

Elle retrouve de la mobilité tranquillement et dès qu'on la rebouge, les nausées reviennent et les tremblements ressurgissent. Ne pouvant pas rester à ses côtés, je lui suggère d'utiliser la ressource qu'elle vient de trouver grâce à sa respiration pendant la césarienne.

D. Mme A, césarienne code rouge

Je rencontre donc Mme A en salle de césarienne. Tout en l'installant rapidement avec le reste de l'équipe, je me présente. Après avoir vérifié les différents paramètres anesthésiques et checker la conduite à tenir avec l'interne pour qu'il gère la partie médicale, je m'assois auprès de la patiente. Au même moment, elle cherche son mari, demande s'il ne peut pas venir car « elle n'y arrivera pas seule » et souhaite que quelqu'un lui tienne la main. Elle est anxieuse car elle sent encore son corps, elle peut bouger ses pieds et pense que l'anesthésie ne sera pas suffisante, qu'elle va avoir mal.

Je profite donc de cette demande pour prendre le temps de me présenter de nouveau et lui dire que je suis là pour l'accompagner et l'aider à mettre son bébé au monde. Je lui explique que dans le contexte de l'urgence, il n'est pas possible que le papa soit présent car ça demande un peu de préparation et que nous ne pouvons pas le faire en si peu de temps. Mais que je resterai avec elle pendant toute la césarienne et que je lui expliquerai les choses au fur et à mesure. (*création de l'alliance thérapeutique*)

Je prends rapidement des informations sur sa première grossesse, son premier enfant : victoire 3 ans qui attend avec impatience son frère. Je vois directement qu'elle me regarde et qu'elle accepte mon aide.

Je débute donc avec une série de *yes set* : « vous êtes inquiètes pour la césarienne », « oui », « vous vous demandez si vous allez y arriver », « oui », « vous allez accoucher de manière différente de votre fille et de ce que vous aviez prévu, par le haut en césarienne », « oui », « je vous accompagne donc pour vivre ce moment de la manière la plus agréable possible », « ok », « êtes-vous bien installée ? » « oui », « votre cou, vos bras... N'hésitez pas à réajuster au besoin. Et maintenant, vous allez vous concentrer sur votre respiration : inspirez par le nez l'oxygène qui arrive par les petites lunettes que nous vous avons mises, et expirez par la bouche. »

Elle prend directement la proposition tout en fermant spontanément les yeux. Je *ratifie* donc : « voilà exactement comme ça et vous laissez en même temps ces paupières se fermer sur vos yeux. (*début du discours dissociatif*)... Et vous laissez faire ce mouvement, d'inspiration et d'expiration, si naturel qu'il n'y a même pas besoin d'y penser... qui se fait sans avoir besoin de penser à le faire (*confusion*) ... et à chaque inspiration (*pacing et mirroring*), sentez cet oxygène qui se diffuse dans votre corps ... qui part de vos poumons jusqu'à votre bébé. C'est tout l'oxygène que vous lui apportez pour avoir un beau départ dans cette arrivée à la vie extra-utérine ... plein de force que vous lui donnez, voilà exactement comme ça. »

La gynécologue demande si l'on peut tester, je fais un hochement de tête et je ne vois aucune réaction de la patiente. Je valide donc le début de la césarienne et reprend mon discours hypnotique en la saturant pour approfondir son état pour l'incision. Je poursuis donc sur la respiration : « sentez cet oxygène qui circule aussi au niveau de vos extrémités, pour donner de la détente dans chacun de vos doigts, un à un, et de vos pieds qui peut-être son lourds ou légers ou que vous n'arrivez plus à sentir, je ne sais pas... Sentez l'effet de cet oxygène qui se diffuse dans tout votre corps et qui lui permet de se détendre depuis le visage, ou chaque muscle se relâche encore un peu plus. ». J'observe ses traits se relâcher : « voilà exactement ... et le reste du corps qui entre également dans cette détente, et qui peut être devient de plus en plus léger, anesthésié, et qui sait faire exactement ce qu'il doit faire pour faire de la place au bébé, pour permettre l'accouchement de ce petit garçon plein de force grâce à tout l'oxygène apporté. »
(*Dissociation*)

Nous sommes au temps opératoire ou on écarte les grands droits : « et si ce corps, vous donne de nouvelles sensations ... alors vous pourrez amplifier votre respiration pour lui apporter encore plus de détente. » (*Renforcement de la détente par les sensations restantes*). Je la visualise amplifier 2 inspirations puis revenir sur son rythme calme. « Et vous pourrez retrouver cette sensation, que vous avez réussi à créer, de parfait relâchement, pour réussir votre accouchement aujourd'hui, après la découverte de votre enfant et plus tard si vous en avez besoin ... Et lorsque vous entendrez les premiers sons de votre enfant, vous pourrez réouvrir les yeux et reprendre la pleine conscience de la pièce et du moment pour profiter de cette première rencontre. Puis vous pourrez, si vous le souhaitez, repartir dans cette détente pour prendre un instant pour vous de manière encore plus importante, plus profonde que maintenant... » (*anticipation de la sortie de transe et approfondissement secondaire*)

Je vois un sourire s'afficher sur ces lèvres. « Cette première découverte de votre garçon, la sensation de son corps blotti contre vous, avec son souffle chaud dans votre cou. Ce premier câlin si précieux dans cette nouvelle relation d'une mère et son enfant. »

C'est à cet instant que le petit garçon naît et crie directement : elle ouvre alors les yeux et se met à pleurer en attendant qu'il arrive dans les bras de la sage-femme. Elle nous présente donc Elia, et profite d'un premier câlin. Elle est rassurée sur son état de santé et la sage-femme lui dit qu'elle va le mettre au chaud et qu'il sera en peau à peau avec le papa jusqu'au moment de la retrouver.

Je la félicite donc pour ce beau petit bonhomme et je lui explique les prochaines étapes (suture...), la rassure que tout se passe bien et je lui propose de laisser son esprit s'évader, se ressourcer le temps qu'on finisse la césarienne. Elle accepte directement.

« Prenez une profonde inspiration et fermez les yeux. Et grâce à cette respiration, retrouvez la détente que vous aviez réussi à trouver jusque-là... voilà exactement... avec cette suite d'inspiration et d'expiration, de manière automatique, qui se fait sans avoir pensé à le faire, comme ils doivent se faire, de la meilleure manière de le faire ... (*confusion*) et juste laissez faire... voilà exactement comme ça...

Et maintenant, je vous propose, de projeter vos pensées en salle de réveil ... confortablement installée dans votre lit de maternité ... et de vous imaginer, le moment où votre mari va vous mettre Elia dans les bras... La chaleur de son petit corps blotti contre vous, sa maman. ». Je vois qu'elle hoche la tête avec un sourire.

Je ralentis le rythme de mon flux de parole en lui proposant des suggestions diverses sur le VAK : « et je vous propose de regarder sa petite bouille, découvrir ses moindres détails ... ressentir la chaleur de son souffle sur votre peau ... entendre ses petits cris qui s'apaisent au contact de sa maman ou peut-être seulement les petits bruits du nourrisson ... sa couleur plus ou moins rouge ... le rythme de sa respiration... et tout simplement profiter de ces premières sensations si agréables ... » Les larmes coulent sur son visage avec un sourire. « Et de laisser venir toutes les émotions si belles qui doivent venir à ce moment-là ... laissez les larmes couler si elles en ont besoin. » (*ratification*) Je la vois me faire de nouveau un acquiescement avec la tête.

Après encore un instant, en balayant ce lexique, ayant un discours vague, je lui propose de se projeter un peu plus loin si elle le souhaite, au retour à la maison. Elle hoche de nouveau la tête avec un sourire. « Est-ce que la chambre est prête ? », elle acquiesce, « Est-ce que vous voulez me dire la couleur de sa chambre ? » elle prend un peu de temps et me dit bois et vert, « Alors revisualisez bien cette pièce que vous avez faite pour Elia, cette chambre cosy où il va pouvoir grandir en toute sécurité... Si vous le souhaitez, imaginer la présentation d'Elia à Victoire, qui est gardée par sa mamie ... cette première rencontre qui se fera à la maternité ou à la maison... je ne sais pas » Je la vois sourire avec de nouveau des larmes qui coulent.

« Laissez venir vos émotions, les larmes qui doivent venir, toutes ses sensations positives, nouvelles, d'amour autour de ce deuxième enfant... Et peut-être, si vous le souhaitez, vous pouvez vous installer confortablement avec votre famille, dans votre maison ... cet endroit rassurant que vous avez créé où vous êtes en sécurité... Et de prendre toutes les sensations de confort de cet endroit. » (*saupoudrage de confort et de sécurité*)

On nous prévient alors qu'une autre patiente fait une hémorragie en SDN au moment des agrafes à la peau. Je dois donc faire le retour rapidement : « Je vous laisse profiter de cette sensation confortable, encore un peu ... et quand vous serez chez vous, vous repenserez à cet instant ou l'anesthésiste vous a dit que tout irait bien et que vous seriez en pleine forme pour assurer cette deuxième maternité ... profitez autant que vous le souhaitez de cette sensation, et vous pouvez vous féliciter de tout ce que vous avez fait pour mettre votre bébé au monde... Je vous laisse avec mes collègues qui vont vous remettre au propre tranquillement dans quelques instants et je reviendrai vous voir en salle de réveil. Revenez à votre rythme pour retrouver les sensations de votre corps ici et maintenant. » Elle acquiesce avec un sourire.

VI- DISCUSSION THEORICO - CLINIQUE

La question que nous nous étions posés était : quel accompagnement peut-on proposer aux parturientes lors d'une césarienne en urgence ou programmée pour qu'elle en ait un vécu positif ?

Etant donné l'état de stress dans lequel les patientes arrivent dans cette chirurgie, l'hypnose semblait un outil intéressant à proposer pour permettre la réalisation de cet acte.

A. césarienne programmée :

Je n'ai pu finalement inclure qu'une césarienne dans ce cadre-là pour mon mémoire mais j'ai pu percevoir que l'accompagnement à proposer est différent de celui des césariennes en urgence. En effet, dans ce contexte, les femmes sont certes stressées mais elles ont été informées en amont de la démarche, l'indication, le déroulé de l'acte... Elles ne sont donc pas forcément dans une transe négative et l'accompagnement en hypnose peut représenter un outil supplémentaire pour accompagner la césarienne. Néanmoins, cet accompagnement se réfère plus à un accompagnement classique d'un bloc opératoire sous ALR associé à l'hypnose.

Lors de mon accompagnement, j'ai pu percevoir plusieurs difficultés personnelles et organisationnelles qui seront la marge de progression pour améliorer la qualité d'un accompagnement en hypnose de ces patientes.

Tout d'abord, d'un point de vue organisationnel, le fait de rencontrer pour la première fois la patiente le matin, qui plus est sur le seuil de la porte de la salle de césarienne, n'était pas optimal. J'ai réussi à informer de ma démarche l'équipe anesthésique mais je n'ai pas pu le faire avec l'équipe chirurgicale. Ce manque de synchronisation m'a ajouté quelques difficultés dans la communication avec la patiente au début, le temps que l'ensemble de l'équipe soit informé. Il faut donc que toute l'équipe soit au clair avant l'entrée en salle pour simplifier les choses.

De plus, la découverte du décès de son enfant et le divorce au moment de sa rencontre m'ont mis personnellement en difficulté par rapport à mes propres projections. Etant moi-même enceinte avec 2 enfants, je me suis automatiquement projetée à sa place et la limite de la bonne distance était franchie. Je trouvais la situation tellement difficile. J'aurais donc dû la rencontrer la veille pour intégrer ces paramètres et pouvoir d'avantage me détacher de la situation et à

défaut ne pas l'accompagner si je n'arrivais pas à mettre la bonne distance. Je me suis confrontée à mes propres peurs et j'ai mis du temps à m'en détacher pendant mon accompagnement. J'ai fait le choix de rester très vague pour me protéger, ce qui a posteriori me semble le plus adapté même de façon générale pour permettre à la patiente de vivre ce qu'elle a envie. J'aurais néanmoins été beaucoup plus confortable et satisfaite si j'avais pu anticiper la veille cette information et travailler personnellement dessus pour être au plus juste avec la patiente.

J'ai donc eu beaucoup de mal à intégrer le papa dans ma séance d'hypnose. Etant donné la situation, je n'ai pas eu l'impression que ça avait posé problème voir même ça a permis de ne pas laisser de malaise dans leur communication d'être les 2 au bloc en attendant le bébé. Mais à l'avenir, pour d'autres couples plus classiques, j'intégrerai le père s'il le souhaite pour le mettre dans cette bulle d'hypnose en attendant leur enfant.

Pour finir, j'ai proposé beaucoup un accompagnement assez directif comme pour les césariennes en urgence : projection du retour à domicile car c'était mon idée de script. Au final, je me suis mise en difficulté par rapport à la séparation avec le papa, la rencontre avec son frère et l'absence de l'enfant décédé sachant qu'elle ne nous l'a pas mentionné. Elle a parlé de 2 garçons mais n'a jamais dit qu'un était décédé. Je n'avais aucune idée de son processus de deuil, savoir où elle en était et j'ai vraiment eu des moments de confusion. Pour ne pas me retrouver dans cette situation, il faudra à l'avenir que je prenne connaissance du dossier en avance et que je m'enquière davantage après la sortie du bébé, de son besoin du moment. Etant donné qu'elle était calme et coopérante, je pense qu'elle aurait été capable de trouver la ressource dont elle avait besoin à ce moment-là. J'aurais été plus juste si je m'étais servie de quelque chose qu'elle m'avait proposé et pas d'un script préconçu. Le cheminement du voyage intérieur se fait avec les mots et les idées de la patiente.

Néanmoins, la patiente était satisfaite de la prise en charge lorsque je suis allée la revoir en salle de réveil et elle m'a remerciée. Elle ne s'est pas plainte de sensation corporelle désagréable pendant la césarienne. En la recontactant par téléphone 3 mois plus tard, elle me dit avoir été surprise en bien : « je n'avais jamais fait d'hypnose auparavant. Lorsque tu m'as proposé l'accompagnement, j'ai adhéré car j'étais assez stressée par la césarienne d'autant plus que le papa avec qui je suis séparée à changer d'avis juste avant et voulait venir au bloc. J'ai réussi à diminuer mon stress, à être un peu ailleurs tout en étant quand même consciente de ce qui se passait. Une douleur au niveau du bras à la fin due à la position, m'a fait revenir au moment des agrafes mais autrement j'étais très bien. » Elle m'a de nouveau remerciée et

encouragée dans la démarche qui lui a donné un vécu agréable de sa césarienne. L'objectif que je m'étais fixé a donc été atteint.

En conclusion et dans l'idéal, il faudrait donc rencontrer la patiente en amont en consultation d'anesthésie + hypnose afin de réaliser la consultation classique d'anesthésie et lui proposer si elle le souhaite un accompagnement hypnotique et le préparer. Si elle accepte, il faudrait revoir la patiente la veille pour reprendre contact, discuter du bloc du lendemain, définir les objectifs de l'accompagnement ensemble voire même faire une première séance rapide pour poser le cadre et faciliter sa réutilisation le lendemain. Il faut ensuite que l'ensemble de l'équipe soit au courant de la démarche. Ce sont de petits facteurs organisationnels qui permettront de faciliter la proposition de cet accompagnement par plus de professionnels.

B. césariennes en urgence :

Dans ce contexte-là, j'ai pu percevoir l'état de transe négative dans lequel les patientes arrivaient avec des degrés différents. J'ai pu constater une grande détresse et impuissance face à la situation sans que les patientes arrivent à trouver leurs solutions. C'est en ce sens que l'hypnose à trouver toute sa place dans l'accompagnement. Malgré tout, la théorie n'est pas la pratique, et malgré toute ma bonne volonté, j'ai été confrontée, au travers de mon exercice à plusieurs difficultés.

Tout d'abord, dans ces cas-là, le langage non verbal et paraverbal constituent plus de 90% de la relation soignant/soigné. Tout se passe comme si, dès les premières secondes de la rencontre, les capteurs de la patiente nous soumettent à un examen de passage pour accorder ou non sa confiance. L'alliance thérapeutique se joue à cet instant. Il faut donc pouvoir répondre aux attentes de la patiente en transe négative afin de la faire adhérer de manière rapide à notre accompagnement :

- Concentrer l'attention de l'ensemble de l'équipe sur elle et son bébé, se présenter à elle
- entendre, comprendre sa détresse, sa plainte, sa douleur puis la reformuler et l'accepter
- lui proposer de l'accompagner pour l'aider et la faire adhérer
- la considérer comme un membre à part entière de l'équipe et la rendre actrice de sa prise en charge avec un objectif commun
- Etre cohérent entre ce que disent nos mots de soignant et ce que disent notre corps et notre voix

Suivant la personnalité, l'état de transe des parturientes, la relation peut s'établir de manière fluide directement comme ça a pu être le cas avec Mme A. Dans d'autre cas, comme avec Mme Z., cela m'a demandé beaucoup plus de travail et de réajustement permanent pour me mettre à son niveau et être au plus juste avec elle.

Ensuite, il a fallu choisir une induction réalisable : lorsque j'ai pu et que les patientes ont acceptés rapidement de ma suivre, j'ai réalisé des inductions par la focalisation visuelle ou par catalepsie des paupières. Etant donné que nous avons accès seulement à la partie supérieure du corps et que la patiente est en position bras en croix, ces 2 inductions m'ont semblé les plus appropriées. Néanmoins, j'ai pu constater avec Mme Z que ce n'est pas toujours possible.

Dans ces cas-là, la création d'une alliance thérapeutique est primordiale pour pouvoir travailler ensemble et il n'y a pas nécessairement besoin de faire une induction hypnotique car les patientes sont déjà en transe même si elle est négative. La patiente est déjà focalisée sur sa peur et cette menace immédiate. Il faut donc aller chercher la patiente dans sa transe et une hypnose conversationnelle respectant plusieurs étapes essentielles peut être tout à fait adaptée :

- bonne proxémie, demander l'autorisation du toucher, se mettre en position intermédiaire ou basse,
- se présenter, nommer la patiente par son nom,
- utiliser le mirroring/pacing, déterminer le canal sensoriel privilégié, utiliser en miroir ses mots, son langage, ses références, ses métaphores,
- garder le contact visuel pour transmettre bienveillance, sécurité, confiance et calme.
- fixer les objectifs et voir le futur, la résolution de la crise ensemble, l'apprentissage en cours qui sera une force pour l'avenir.

Lorsque l'alliance semble établie, on peut commencer à initier le changement pour voir si le patient suit inconsciemment. On peut alors poursuivre par une hypnose conversationnelle ou basculer sur quelque chose de plus formel.

En revanche, tant que l'alliance n'est pas établie, la synchronisation n'est pas effective. Dans ces cas-là, il semble opportun de focaliser la patiente sur des sensations kinesthésiques ou elle est d'abord active et ressent les choses concrètement. Le travail respiratoire et la cohérence cardiaque sont des outils précieux dans ce contexte comme j'ai pu l'utiliser avec Mme Z. Malgré tout, la multiplicité des techniques est telle qu'il est à chaque fois possible de s'adapter à la patiente, en respectant une certaine permissivité ce qui réduit les résistances.

Je garde donc plusieurs outils et techniques hypnotiques que je pourrai utiliser dans ce cadre-là avec lesquels je suis confortable. En effet, j'avais espoir de trouver un script préétabli sur le modèle que j'avais pu lire (3). Mais la réalité a été toute autre : la théorie des 3 o « observer, observer, observer » d'Erickson est plus que primordiale dans l'urgence.

A partir de là, il faut se placer au plus près de la patiente pour qu'elle se sente comprise et partir d'où elle est pour l'emmener vers une transe plus positive. Dans les outils que j'ai pu découvrir au fur et à mesure des cours du DIU, je pense que faire appel à un souvenir dans lequel la patiente a réussi quelque chose, s'est dépassé, a ressenti de la fierté peut être une bonne approche si elle en a un. Et également le « ne rien faire » de Gaston BROSSEAU peut être une bonne stratégie lorsque la patiente adhère.

Ensuite, lors de mon premier accompagnement avec Mme B, je n'ai pas anticipé l'arrivée du bébé, le fait qu'au cri de son enfant elle reviendrait directement en pleine conscience. L'ensemble des bruits, des différents temps de l'intervention sont des choses que j'ai intégré dans mon discours au fur et à mesure des accompagnements. Je m'en suis même servie pour approfondir l'état de transe en anticipant la sortie de transe au moment des premiers cris du bébé afin qu'elle retrouve cet état lorsqu'il est avec le papa. Je me suis rapidement rendu compte que lui proposer d'aller à la plage alors qu'elle vivait un des moments les plus important de sa vie n'était pas le plus adapté. Mon accompagnement était beaucoup plus juste en permettant aux patientes de laisser leur corps se détendre pour faciliter la césarienne.

Après la sortie de l'enfant, après avoir demandé leurs besoins, si elles ne me proposaient rien de particulier, je leur proposais une projection assez globale de la suite en donnant des suggestions post hypnotiques pour renforcer une bonne réhabilitation et un lien mère enfant positif. J'ai notamment pu expérimenter avec Mme A des va et vient de l'état de transe, elle a réouvert les yeux 2 ou 3 fois pour poser des questions assez pratiques par rapport à la suite, la césarienne, les points de suture... Après chaque réponse, elle refermait spontanément les yeux, prenait une profonde inspiration puis je ratifiais. Après plusieurs séances, j'ai réussi à ne plus être perturbée par ces oscillations et même à les utiliser sans avoir l'objectif de savoir ce qu'elle vivait réellement. Mon but était d'atteindre l'objectif que nous nous étions fixés, quel que soit la manière d'y arriver d'une simple relaxation à une dissociation plus profonde en état d'hypnose. L'essentiel c'est l'objectif : avoir un vécu positif de sa césarienne. Ca m'a réellement permis d'être moins sévère avec moi-même par rapport à l'accompagnement que je proposais avec ses imperfections.

Un autre point qui m'a posé difficulté c'est la participation active de la mère à sa césarienne. En effet, dans les dernières recommandations, pour améliorer le vécu des femmes de leur césarienne, il leur est proposé de participer à leur accouchement : par exemple, au moment de la sortie du bébé, pousser comme elle le ferait pour un accouchement voie basse. Ceci est notamment recommandé pour les césariennes programmées.

Mais vouloir faire vivre à la personne son accouchement de manière active en poussant, en respirant tout en ayant un corps et un esprit dissocié relève d'un énorme défi ! J'ai pu me confronter particulièrement à cette situation en accompagnant Mme Z. J'ai remobilisé les capacités de la patiente pendant mon discours hypnotique pour qu'elle soit active dans son accouchement. Mais à chaque fois que j'ai fait cette réassociation, elle est revenue en panique car elle ne considérait pas être capable de le faire alors qu'elle avait su trouver la détente nécessaire pour la césarienne. A ce moment-là, elle n'avait pas confiance en elle, en ses compétences et y faire appel était une erreur qui du coup l'a paniquée.

Pour cette patiente, le fait d'avoir réussi à dissocier son corps qui était capable de le faire seul correctement était la meilleure façon de l'accompagner. Je me suis rendue compte que finalement, cette remobilisation active de son corps était sûrement plus importante de mon point de vue pour qu'elle soit fière d'elle. Sauf que je n'étais pas au plus juste de ses besoins, elle avait surtout besoin que ça se termine. D'arriver à laisser ce corps libérer son enfant alors qu'elle était épuisée était finalement l'objectif principal. Encore une fois, un accompagnement de césarienne doit s'adapter au fur et à mesure des patientes, du contexte et du déroulé de l'acte. Je perçois bien qu'il faut que je laisse venir dans mes discours ce que je perçois, je ressens pour m'accorder au mieux par rapport à la patiente. Il faut vraiment laisser ses représentations personnelles et ses propres objectifs de côté pour proposer ce dont la patiente a réellement besoin et non ce qu'on pense qu'il est bon pour elle.

Au final, quelle que soit l'expérience que Mme Z ait vécu, les objectifs de l'accompagnement ont été remplis : elle a eu un vécu positif de sa césarienne, elle ne s'est pas focalisée sur les sensations de son corps, elle a réussi à rester en position couchée, à se calmer et détendre son corps pour mener à bien la césarienne. Grâce à l'accompagnement qu'elle a eu, même si la réalisation était pleine de rebondissements et pas vraiment comme je l'espérais, nous avons réussi à mener à bien la césarienne. Sans ça nous aurions probablement dû lui donner des sédatifs voir l'endormir complètement afin qu'elle accepte la position.

Par ailleurs, comme pour la césarienne programmée, la place du papa est toujours délicate. Je n'ai eu l'occasion d'avoir qu'un seul papa dans les cas que j'ai choisis. Et lorsqu'il est rentré, j'avais ambition de créer cette bulle à 2 pour accueillir le bébé de Mme Z et son mari. Très rapidement, étant donné l'état de transe négative dans laquelle elle était, je me suis mise en guide directrice sans laisser grande place au père que je sentais impuissant devant l'état de sa conjointe. Encore une fois, même si nous avons très peu de temps, on perçoit rapidement la relation du couple pour vivre cet accouchement. Certains papas sont très présents et soutenant et dans ces cas-là, je pense qu'il n'y a même pas besoin de proposer un accompagnement en hypnose car ils gèrent bien l'accouchement ensemble. D'autre fois, lorsqu'on sent tout le désarroi du papa, proposer notre accompagnement est bénéfique en l'intégrant si possible. Mais au final, le papa reste 5 minutes dans la salle et le premier travail de l'accompagnement est un travail corporel de détente et de relaxation du corps que seule la patiente peut réaliser. Ce paramètre nécessite une adaptation au cas par cas en fonction du ressenti.

Pour finir, j'ai régulièrement oublié de faire des suggestions post hypnotiques. Etant novice dans l'exercice, cela m'a demandé assez d'énergie et lorsqu'arrivait la fin de la césarienne, c'était un soulagement d'être au bout. Pour permettre une bonne réhabilitation post opératoire, il est dommage de se priver de quelques suggestions post hypnotique constituant une vraie ressource pour la patiente si elle peut les remobiliser. Je l'ai donc fait dans les derniers accompagnements.

Il me semble également important de noter l'apport d'un accompagnement en hypnose de la patiente pour l'ensemble de l'équipe. J'ai pu notamment le constater durant la dernière césarienne de Mme A en urgence extrême. Malgré l'heure matinale, l'ensemble de l'acte s'est passé sans haussement de voix avec une bonne coordination. Le fait d'avoir une patiente apaisée permet à l'équipe de se concentrer uniquement sur la partie technique qu'il maîtrise bien. Ils comprennent et respectent le calme pour les accompagnements en hypnose. Et je peux même dire que notre gynécologue, assez éprouvée récemment avec notamment une césarienne code rouge 2 semaines auparavant avec ACR du nouveau-né, a été apaisée sur l'ensemble de la césarienne. L'équipe est restée calme et coordonnée au vu du sentiment de calme dégagé par la patiente.

En ce qui concerne l'objectif du vécu des parturientes : les 3 ont été positifs.

Mme B, en salle de réveil, m'a fait un feedback très positif : elle est contente d'avoir réussi et de s'être laissée guidée. Elle se sent fatiguée mais heureuse que ça soit fini. Lorsque je l'ai recontactée, 5 mois plus tard, elle m'a dit avoir bien vécu sa césarienne : « je me suis sentie

rassurée dès l'entrée au bloc malgré l'urgence car j'avais été prévenue par l'anesthésiste en consultation que ça pouvait arriver. Et ensuite vous m'avez parlé tout le long de la césarienne. J'ai senti des choses mais sans douleurs et j'écoutais votre voix. Je regrette juste ne pas avoir pu profiter plus longtemps de mon bébé en salle d'opération quand il est arrivé. »

Mme Z, en SSPI, était contente qu'il soit né et m'a remerciée : « mon stress a diminué au fur et à mesure de vos explications et je me suis laissée guider par ce que vous me disiez pour arriver au bout ». En la recontactant 2 mois plus tard, à ma grande surprise, Mme Z m'a remerciée de nouveau très chaleureusement : « j'étais très stressée en arrivant au bloc et les vomissements étaient très gênants. On ne comprend pas ce qui se passe, tout va vite. Je me suis concentrée sur votre voix, j'étais comme figée, je n'entendais que votre voix et plus rien autour. Je me souviens avoir respirer avec vous et ça s'est bien passé grâce à vous car je n'aurais pas réussi sans votre voix. La seule chose dont je me souviens c'est quand on m'a appuyé fort en haut du ventre et ensuite qu'on m'a amené mon bébé et qu'il avait mon nez ! »

J'ai revu Mme A, en salle de réveil, après avoir fait un curetage en urgence, avec la gynécologue. Elle dit avoir vécu le moment de manière très agréable, qu'elle était ailleurs et ne s'est pas inquiétée. La gynécologue lui dit que je l'ai accompagné en hypnose pendant la césarienne et que ça lui a permis de partir ailleurs. La chirurgienne me dit également en off « c'est quand même le top l'hypnose ! La dame est super contente, elle n'a rien senti et ne se plaint de rien. ». Lorsque j'ai revu la patiente 3 jours après dans sa chambre, elle m'a remerciée chaleureusement et était heureuse du déroulé de sa césarienne alors qu'elle avait très peur à l'origine : « Initialement, j'étais très inquiète car je ressentais mon corps même si c'était différent et je pouvais bouger avant qu'on m'installe sur la table. Mais lorsque nous avons commencé à parler et que je vous ai écoutée, j'ai perdu la notion du temps et de ce qu'il se passait. Lorsque mon bébé a pleuré, ce n'était pas le mien, la césarienne n'avait encore pas débuté. Et quand je suis revenue à moi et que je l'ai découvert, quelle joie ! Ça a été un soulagement et un bouleversement de rencontrer mon enfant finalement dans de si bonnes conditions et j'étais rassurée quand il est parti rejoindre mon mari. J'ai vraiment pu décrocher et laisser les choses se faire tout en étant pas vraiment là puis reprendre des forces après. »

C. Question éthique :

La plus grosse difficulté rencontrée pendant ces accompagnements était de trouver le moment pour présenter ma proposition d'accompagnement en hypnose aux patientes.

Je me suis rendue compte rapidement, grâce notamment aux discussions en groupe de travail lors du DIU, que le premier blocage à employer le terme venait de moi et de mes représentations. L'état de stress des parturientes, au moment où je les rencontre, est tel que de parler d'hypnose, sans savoir quelle représentation elles en ont, me confronte à un risque d'échec de la relation qui pourtant doit s'établir en très peu de temps. J'avais peur de ne pas être en accord par rapport à leurs besoins.

Malgré ma conviction du bienfait de ces apports, placer le mot accompagnement en hypnose m'a toujours posé difficulté pour plusieurs raisons : N'ais-je pas débuté une hypnose conversationnelle dès ma prise en charge ? Est-ce que je vais réellement lui faire vivre une transe hypnotique ? Quel terme employé pour ne pas faire appel à la représentation de l'hypnose de foire ?

Au final, le réel problème que je me posais était le consentement à l'hypnose. Dois-je obtenir obligatoirement le consentement de la patiente avant de l'accompagner en hypnose ? Dois-je prendre un temps, que je n'ai pas, pour lui expliquer les choses dans l'urgence ?

J'ai trouvé mes solutions au fur à mesure de l'année en fonction des différents intervenants, de leurs positions, leurs manières de faire et des discussions en groupe de travail. L'hypnose fait maintenant partie de ma boîte à outils en tant qu'anesthésiste. C'est donc un outil non médicamenteux qui permet de mener à bien ma mission d'anesthésiste qui est d'assurer la sécurité, le confort et l'absence de douleur en péri interventionnel. Je ne demande pas à chacun de mes gestes et à chaque administration de médicaments si le patient est d'accord. Au moment où il consent à l'anesthésie, même s'il n'en a pas le choix réel, il consent à l'ensemble des thérapeutiques qui en découle dont maintenant l'hypnose médicale que j'utilise.

Le consentement explicite, indispensable déontologiquement, est réduit à sa plus simple expression. L'instant est à l'action car l'hypnose vient en complément du geste technique avec comme objectif l'analgésie, l'anxiolyse et la gestion du stress. Elle est un outil dans la prévention du syndrome de stress post traumatique, tout cela dans un contexte où le temps joue en notre défaveur.

Outre le consentement, il y a aussi le risque d'échec. Est-ce qu'un patient se laissera aussi bien accompagner en hypnose si on ne le prévient pas ?

Je distingue maintenant 2 types de situation :

Tout d'abord lors d'une césarienne programmée ou un acte programmé de chirurgie, les patients ont eu le temps d'accepter, de se projeter à l'opération même s'ils gardent différents degrés de stress en fonction de la manière dont ils ont réussi à se préparer. Dans ce contexte, j'ai plus de temps pour pouvoir proposer et expliquer les choses. Si le patient n'est pas en transe négative, je prends le temps de lui proposer et lui expliquer un accompagnement en hypnose. Souvent, il y a des questions du type « est ce que je vais dormir ? mais du coup je ne serai pas là ? ... » mais après explication, ma proposition est en général acceptée.

Le fait de proposer un accompagnement en hypnose et que le patient accepte m'a permis par la suite d'être plus confortable dans mon exercice. Je pense également avoir eu une meilleure adhésion de la part des patients qui était au clair sur ce que je faisais. Je n'ai jamais eu de refus jusqu'à la mais je peux le comprendre dans l'avenir si le patient ne considère pas que c'est une solution pour lui.

Ensuite, la deuxième situation que j'ai pu observer est la césarienne en urgence ou les urgences au bloc opératoire. Dans ce contexte, les patients n'avaient pas prévu d'être là, n'ont pas pu se préparer et arrivent dans des états de stress souvent importants. Dans le domaine de la maternité, la dissociation est majorée par les hormones de grossesse comme nous avons pu le voir. Je dispose donc d'un temps très limité pour donner des explications aux patientes et je dois créer en quelques minutes une alliance de qualité.

Dans ces cas-là, j'ai pris conscience que je débute une hypnose conversationnelle dès ma rencontre avec les patientes. Elles sont dans un tel état de détresse que, régulièrement, elles s'accrochent à mon discours car c'est la seule solution qu'elles ont à ce moment-là. En me mettant à leur niveau, faisant preuve de bienveillance et établissant les étapes vu précédemment, elles acceptent très facilement mon accompagnement car la situation est difficile. Et finalement, d'un point de vue déontologique, l'hypnose conversationnelle ne requiert pas de consentement initial de la part des patients.

Néanmoins, si mon accompagnement bascule à un moment donné sur quelque chose de plus formel car je ressens que c'est opportun, je ne demande pas à la patiente si elle est d'accord de manière explicite. Elle le fera de manière implicite en suivant mes propositions et en adhérant à ce que je lui propose si ça lui convient. Dans ces cas-là, il faut prendre un temps à posteriori pour lui expliquer les choses, par exemple en salle de réveil, pour qu'elle comprenne ce qu'elle a vécu. Pouvoir lui dire qu'elle a été accompagnée en hypnose et qu'elle pourra resservir cette ressource à l'avenir est important.

L'éthique est toujours une priorité. Mais, le contexte d'urgence, que ce soit dans le cadre de l'hypnose ou des protocoles thérapeutiques techniques et médicamenteux, donne heureusement une plus grande latitude au praticien et le libère de certaines contraintes explicatives de la médecine réglée non urgente.

VII- CONCLUSION

L'hypnose médicale, qu'elle soit formelle ou conversationnelle, semble avoir toute sa place pour accompagner les césariennes et obtenir le bon compromis entre sécurité anesthésique de l'enfant et de la mère et vécu agréable du couple. C'est un outil complémentaire pour aider à surmonter les imperfections éventuelles d'analgésie d'une anesthésie locorégionale si la patiente accepte et pour gérer le stress aigu généré par l'intervention et le risque vital menaçant l'enfant ou la mère. Il permet également de prévenir le syndrome de stress post traumatique.

Il faut néanmoins distinguer cet accompagnement de manières différentes suivant les situations de césarienne pour être au plus juste et donc le plus adapté possible.

Tout d'abord, les césariennes programmées représentent un cadre particulier où l'hypnose peut être proposée de manière encadrée et anticipée. En effet, les patientes et leur situation sont connues en avance. Pour un accompagnement optimal, il faut rencontrer la patiente à la consultation d'anesthésie avec dans le même temps une consultation hypnose si la patiente est d'accord. Une hypnose plutôt formelle peut alors lui être proposée pour vivre sa césarienne de manière agréable.

Après avoir accueilli la patiente au bloc opératoire, il est possible de faire la rachianesthésie avec une hypnose conversationnelle. Puis lorsqu'elle est rallongée, le déroulé de la séance, convenu en avance avec la patiente, pourra être débuté sur un mode plus formel. Ainsi, il est possible de réaliser une induction hypnotique visuelle ou plus kinesthésique à la faveur de la respiration, type cohérence cardiaque. Cette focalisation lui permettra d'entrer dans une transe permettant de vivre son accouchement en ressentant de manière positive les sensations de la césarienne et en participant à la mise au monde son enfant.

Suivant la patiente, il est possible de la faire participer plus ou moins activement à sa césarienne en la faisant par exemple pousser son bébé au moment de l'extraction fœtale. Après avoir profité de la rencontre avec son enfant, tout en l'ayant anticipée, nous pouvons lui proposer de repartir en transe pendant la suture afin qu'elle se ressource et prenne un temps pour elle. On peut s'enquérir de ses besoins s'ils ont pu être définis en amont. Si elle n'a rien de particulier à proposer, nous pouvons lui proposer une projection dans le futur proche (SSPI) puis la rencontre de la fratrie / famille et le retour à domicile.

A la fin de l'acte, on effectue une réassociation et un retour dans l'ici et maintenant en donnant les paramètres d'heures, lieu...

Ensuite, en ce qui concerne les césariennes en urgence, l'accompagnement demande une très grande adaptation. Suivant la patiente, la situation, le degré de risque... le besoin de la patiente ne sera pas le même. En effet, pour une césarienne code vert, une hypnose formelle pourra peut-être se faire si les patientes sont à l'écoute et non en transe négative. Mais pour des situations plus urgentes types code rouge, si elles sont en transe négative, l'hypnose conversationnelle semble la plus adaptée. L'induction classique n'est pas nécessaire dans cette situation. La patiente est déjà focalisée sur ses peurs. La première étape est d'établir une alliance thérapeutique de qualité et rejoindre la patiente dans sa transe et son niveau émotionnel. Il faut notamment ratifier les peurs, angoisses et lorsque le thérapeute est en phase de la patiente, induire les changements nécessaires pour vivre la césarienne de la meilleure façon possible. Cet accompagnement demandera beaucoup d'observation et une capacité d'ajustement du thérapeute importante pour rester toujours en phase avec la patiente. Mais la qualité de l'alliance thérapeutique sera un pilier d'autant plus fort pour cette situation.

L'avenir de l'hypnose médicale pour l'accompagnement des césariennes est donc prometteur. Le retour d'un vécu positif de l'ensemble des parturientes étudiées est encourageant. A mon niveau, je souhaite développer dans notre centre une proposition d'accompagnement en hypnose pour les césariennes programmées. Pour les situations d'urgence, je vais continuer à affiner ma pratique et mon accompagnement pour proposer le plus juste et le plus satisfaisant, pour la patiente et pour moi. Peu de personnes sont vraiment formées à l'hypnose du côté anesthésique dans notre centre mais il y a une volonté de la part notamment de plusieurs IADE de l'être. Je pense à mon retour de congé maternité, proposer un projet autour de l'hypnose avec les personnes désireuses. Cela nécessitera notamment de former les professionnels. L'obstétrique serait un bon point de départ de la pratique mais nous pourrions élargir notre exercice à l'ensemble du bloc opératoire lorsqu'assez de personnel sera formé à la pratique.

L'hypnose est non seulement un outil thérapeutique puissant pour le patient. Mais à l'heure de la rentabilité, des chiffres des hôpitaux, elle est pour moi la bouée de secours pour que les soignants retrouvent du sens à leur travail et de la satisfaction.

« Nous avons tous en nous les ressources pour vivre une bonne vie »

Milton ERICKSON

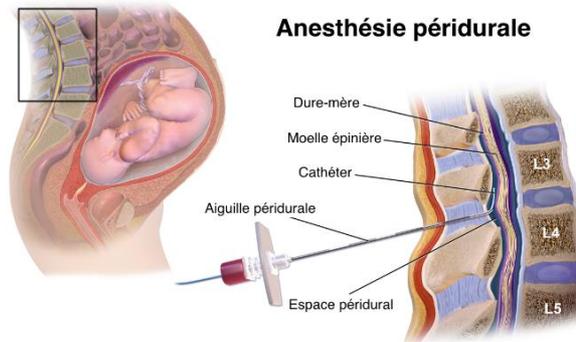
REFERENCES

1. Bioy A. L'hypnose. Paris: Que sais-je ?; 2018. (Que sais-je ?).
2. Aïm P. L'hypnose en situation d'urgence. Paris: Vuibert; 2021.
3. Virot C, Bernard F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. 2e éd. enrichie. Montrouge: Arnette; 2018.
4. Jules Favre. Journal de Magnétisme,. Vol. 10. paris; 1851.
5. A Review of over Fourteen Thousand Surgical Anæsthesias. Atlanta J-Rec Med. mars 1907;8(12):804-5.
6. Defechereux T, Degauque C, Fumal I, Faymonville ME, Joris J, Hamoir E, et al. L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Étude prospective randomisée. Annales de Chirurgie [Internet]. 1 juill 2000; Disponible sur: 125(6):539-46
7. Séfiani T, Uscaïn M, Sany JL, Grousseau D, Marchand P, Villate D, et al. Cœliochirurgie sous anesthésie locale et hypnosédation, à propos de 35 cholécystectomies et 15 cures de hernies. Ann Fr Anesth Réanimation. nov 2004;23(11):1093-101.
8. Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, David D, Goldfarb A, Weltz CR, et al. A Randomized Clinical Trial of a Brief Hypnosis Intervention to Control Side Effects in Breast Surgery Patients. JNCI J Natl Cancer Inst. 5 sept 2007;99(17):1304-12.
9. Montgomery GH, Duhamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? Int J Clin Exp Hypn. avr 2000;48(2):138-53.
10. Faymonville ME, Joris J. Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. . Elsevier SAS. 2005;p59-69.
11. Gur R, Reyher J. Relationship between style of hypnotic induction and direction of lateral eye movements. J Abnorm Psychol. déc 1973;82(3):499-505.
12. Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain Affect Encoded in Human Anterior Cingulate But Not Somatosensory Cortex. Science. 15 août 1997;277(5328):968-71.
13. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. Biol Psychiatry. févr 1999;45(3):327-33.
14. Sigrand O, Laville AC. La césarienne en urgence. OxyMag. sept 2020;33(174):8-12.
15. Chalut-Natal Morin C. Hypnose en gynécologie et obstétrique. Malakoff: Dunod; 2021. (Aide-mémoire).
16. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. Hypnose. 2e éd. Paris: Dunod; 2016. (Aide-mémoire).
17. Garden-Brèche F, Desanneaux-Guillou S. Hypnose médicale en situation difficile: retour d'expériences conjuguées pour un perfectionnement en pratique ericksonienne. Montrouge: Arnette; 2014.
18. Ducloy-Bouthors AS, Fuzier V, Bensoussan H, Barre-Drouard C, Bourzoufi K, Richart P, et al. Accompagnement avec l'hypnose d'une césarienne programmée ou non programmée. Douleur Analgésie. 1 juin 2016;29(2):94-9.
19. Kupers R, Faymonville ME, Laureys S. The cognitive modulation of pain: hypnosis- and placebo-induced analgesia. In: Progress in Brain Research [Internet]. Elsevier; 2005 [cité 5 mai 2023]. p. 251-600. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0079612305500190>
20. Vanhaudenhuyse A, Boly M, Balteau E, Schnakers C, Moonen G, Luxen A, et al. Pain and non-pain processing during hypnosis: A thulium-YAG event-related fMRI study. NeuroImage. sept 2009;47(3):1047-54.
21. Amouroux R, Rousseau-Salvador C, Annequin D. L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2010;168(8):588-92.

22. Beydon L, Emmanuel Dima C. Anxiété périopératoire : évaluation et prévention. *Prat En Anesth Réanimation*. juin 2007;11(3):161-70.
23. Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I, Kaplan D, Saadat A, Wang SM, et al. Hypnosis Reduces Preoperative Anxiety in Adult Patients: *Anesth Analg*. mai 2006;102(5):1394-6.
24. Vanhauzenhuysse A, Boveroux P, Boly M, Schnakers C, Bruno MA, Kirsch M, et al. [Hypnosis and pain perception]. *Rev Med Liege*. 2008;63(5-6):424-8.
25. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I. *Hypnoanalgésie et hypnosédation*. 2e éd. Malakoff: Dunod; 2020. (Aide-mémoire).
26. Benhamou D, Mercier F. La césarienne à vif : parlons-en ! *Douleur Analgésie*. juin 2016;29(2):61-3.
27. Sng BL, Lim Y, Sia ATH. An observational prospective cohort study of incidence and characteristics of failed spinal anaesthesia for caesarean section. *Int J Obstet Anesth*. juill 2009;18(3):237-41.
28. Pan PH, Bogard TD, Owen MD. Incidence and characteristics of failures in obstetric neuraxial analgesia and anesthesia: a retrospective analysis of 19,259 deliveries. *Int J Obstet Anesth*. oct 2004;13(4):227-33.
29. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med*. nov 2010;40(11):1849-59.
30. Benzakour L, Epiney M, Girard E. Etat des connaissances sur le trouble de stress post-traumatique du postpartum. *Rev Médicale Suisse*. 2019;15(637):347-50.
31. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. janv 2017;208:634-45.

ANNEXES

ANNEXE 1 :



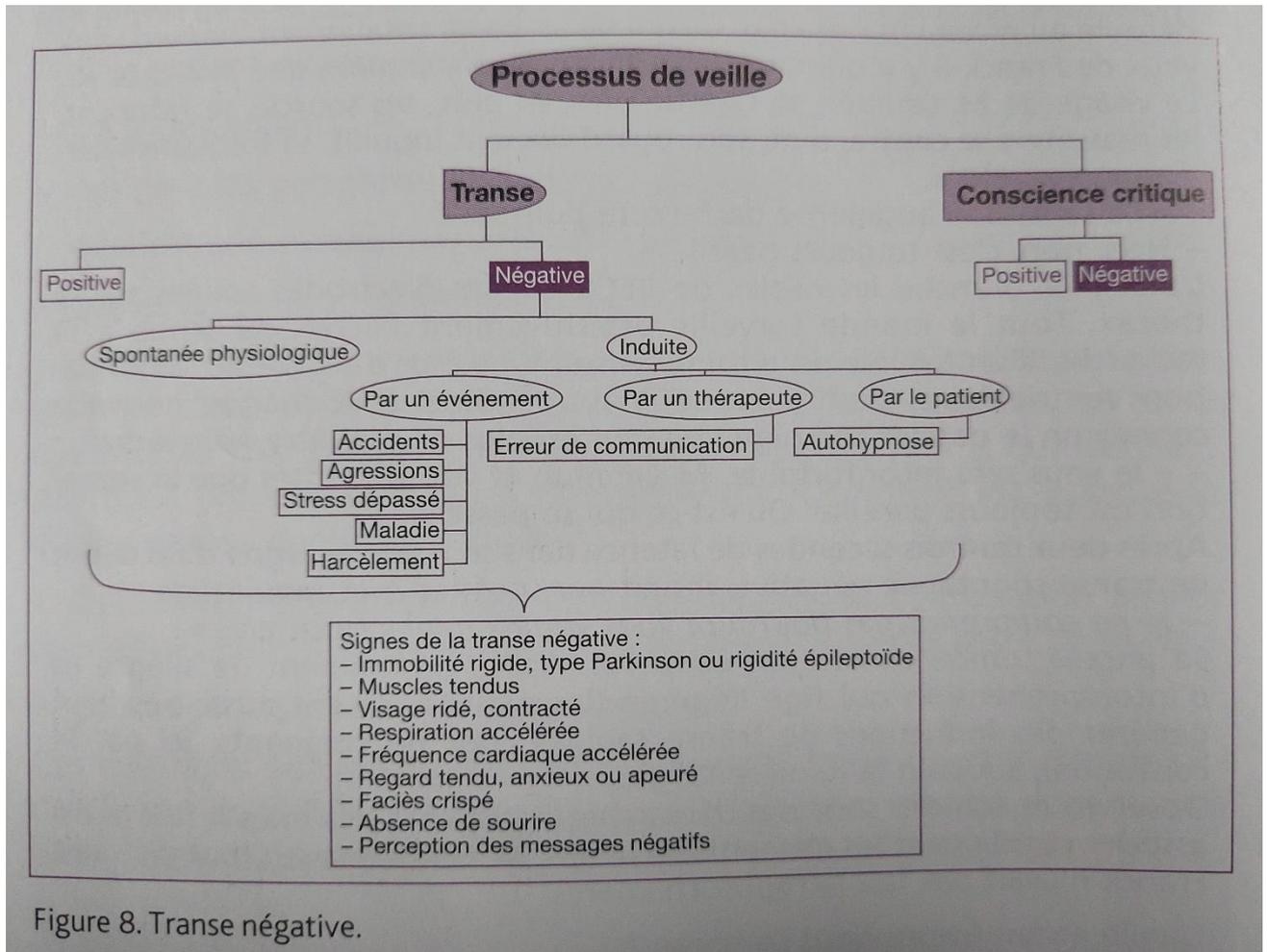
ANNEXE 2 :

Tableau 1. Organisation de la prise en charge des césariennes selon le degré d'urgence, classement selon code couleur.

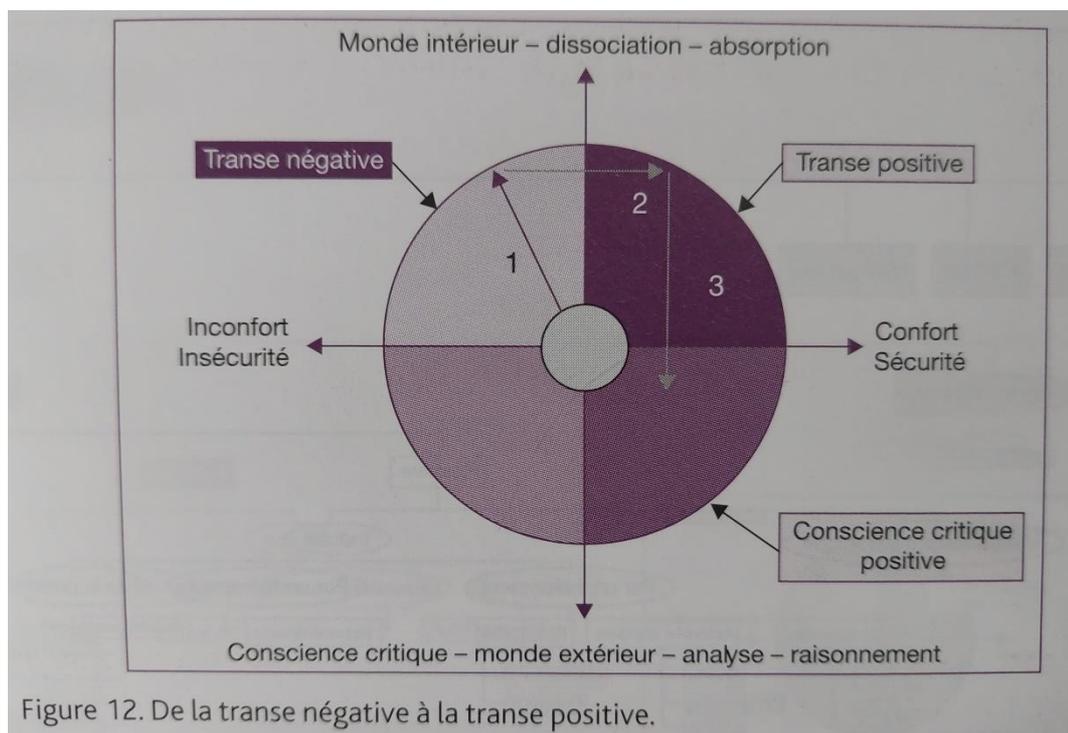
	ROUGE	ORANGE	VERT
Délai conseillé	< 15 min	< 30 min	< 1 heure
Anesthésie	Si pas APD : AG Si APD efficace : réinjection (+/-AG secondaire)	Si pas d'APD : RA ou APD-RA combinée Si APD efficace : réinjection	
Lavage main	Une friction 30 secondes	Friction chirurgicale complète	
Préparation cutanée	Un seul passage	Procédure complète	
Tonte	NON	OUI	
Sondage urinaire	NON (ou sans anesthésie)	OUI	
Guide d'indications	Bradycardie fœtale sans récupération dans les 10 min Échec de manœuvre obstétricale et ARCF	Menace à court terme du pronostic maternel ou fœtal	Nécessité d'une naissance prochaine sans menace à court terme Échec de déclenchement
	Suspicion d'hématome rétroplacentaire	Anomalies du rythme cardiaque fœtal (hors bradycardie)	Stagnation de la dilatation ou de la descente de la présentation
	Placenta praevia avec hémorragie abondante		Présentation dystocique
	Rupture utérine	Échec d'extraction instrumentale (sans ARCF)	Travail spontané dans un contexte de césarienne prophylactique prévue
	Procidence du cordon		
	Hémorragie du cordon ombilical		

*APD : anesthésie péridurale ; AG : anesthésie générale ; RA : rachianesthésie ; ARCF : anomalie du rythme cardiaque fœtal.

ANNEXE 3 : (17)



ANNEXE 4 : (17)



RESUME

Titre : Accompagnement en hypnose des césariennes en urgence et programmées

Contexte : Actuellement, les césariennes programmées ou en urgence concernent environ 1 femme sur 5. L'anesthésie a également évolué en proposant préférentiellement une ALR en tenant compte de la balance bénéfique/risque anesthésique. Néanmoins, ce changement n'est pas sans conséquence sur le vécu des parturientes avec parfois des analgésies imparfaites, une anxiété majeure pouvant être à l'origine d'un état de stress post-traumatique (ESPT). Comment l'hypnose peut-elle accompagner les parturientes pour leurs césariennes programmées ou urgentes afin qu'elle en garde un vécu positif ? **Matériel et méthode :** 4 patientes ont été incluses en situation réelle d'exercice dans un centre hospitalier périphérique de Franche-Comté de décembre 2022 à mars 2023. 1 césarienne programmée et 3 césariennes urgentes ont eu un accompagnement en hypnose pendant la procédure. **Résultats et discussion :** L'ensemble des parturientes a délivré un retour positif du vécu de leur césarienne. Il faut distinguer 2 accompagnements distincts. Tout d'abord, la césarienne programmée peut avoir une hypnose formelle, encadrée et anticipée en amont si la patiente le souhaite. Cela permet d'améliorer la qualité de l'accompagnement et donc du vécu de la parturiente. Ensuite, la césarienne en urgence demande d'établir une alliance thérapeutique de qualité rapidement en s'ajustant et s'adaptant à la patiente. Basée sur une hypnose plus conversationnelle, il faut rejoindre la patiente dans sa transe pour ensuite travailler avec elle afin d'atteindre l'objectif final de vivre au mieux sa césarienne. **Conclusion :** l'hypnose médicale a un avenir prometteur dans l'accompagnement des césariennes en représentant une aide supplémentaire à la gestion de la douleur, du stress et la prévention du syndrome de stress post traumatique.

Mots clés : accompagnement, hypnose, césariennes urgentes et programmées