

Analgésie péridurale et hypnose : vers une certaine démedicalisation de la naissance

Autor(en): **Bernad, Franck**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **113 (2015)**

Heft 4

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949585>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Analgésie péridurale et hypnose: vers une certaine démedicalisation de la naissance

L'utilisation de l'hypnose en maternité permet de transformer le paysage en apportant une certaine démedicalisation de la naissance. Les techniques de confort obéissent bien aux objectifs du soin et ont une efficacité prouvée sur la prise en charge de la douleur. L'hypnose est une technique de relation qui s'inscrit bien dans les demandes actuelles du public en matière de prise en charge en salle de naissance.

.....
D^r Franck Bernard

L'hypnose est un outil permettant de modifier la réceptivité du cerveau du sujet aux suggestions. Sous hypnose, le sujet devient «hypersuggestible». A la maternité, on peut ainsi administrer des suggestions de tous ordres aux patientes hypnotisées (suggestions de confort, d'analgésie, de dilatation du col, etc.).

Il faut donc raisonner en termes d'objectif pour déterminer qui doit en bénéficier. On sait qu'en théorie, à peu près 20% des gens sont très facilement hypnotisables et 20% le sont très difficilement. Les 60% qui restent sont entre les deux. Mais des notions de motivation, de confiance viennent troubler ces chiffres en déplaçant la courbe vers «l'hypnotisabilité» lorsque ces notions sont acquises chez les sujets. De plus, l'ocytocine endogène (la seule hormone qui passe la barrière hémato-encéphalique de la mère) augmente la suggestibilité. Par conséquent, beaucoup de femmes deviennent très hypnotisantes dans les salles de naissance, rendant notre travail beaucoup plus facile.

Un double objectif

L'objectif de soin chez la femme en travail est double: d'une part, prendre en charge la douleur; d'autre part, favoriser la progression du travail.

En ce qui concerne la douleur, l'hypnose la modifie sur le plan comportemental mais aussi de façon plus objective en modifiant l'activité régionale cérébrale^[1]. Elle agit aussi sur la composante émotionnelle en diminuant l'anxiété^[2,3]. Par ailleurs, l'hypnose intervient en modifiant les paramètres cognitifs des patients^[4]. C'est donc un bon moyen d'agir directement sur la douleur pendant le travail.

En ce qui concerne la progression du travail obstétrical, l'hypnose est à même d'interférer de façon positive avec la plupart des facteurs bénéfiques: elle favorise la relation avec l'équipe obstétricale, induit un certain lâcher prise en relation très probablement avec la désactivation du précunéus et du cortex cingulaire postérieur, apporte calme et tranquillité^[5,6].

Le calme et les suggestions de confort délivrées participent à la diminution des sécrétions de catécholamines: c'est donc une technique apte à favoriser la progression du travail^[7].

Notez qu'il y a peu de contre-indications au recours à l'hypnose, si ce n'est la résistance franche de la patiente. On peut aussi évoquer les troubles dissociatifs de type schizophrénie. Dans ce cas, je pense qu'il est préférable de se contenter de communication hypnotique en évitant toute technique dissociative.

Autohypnose ou hétérohypnose

Pendant le travail obstétrical, deux façons de procéder peuvent être utilisées: l'autohypnose et l'hétérohypnose (délivrée par un tiers). L'autohypnose suppose un apprentissage en amont. Comme son nom l'indique, la femme devient autonome alors que l'hétérohypnose ne nécessite aucune préparation mais requiert la présence fréquente d'un soignant formé à l'hypnose auprès de la femme. Durant l'apprentissage de l'autohypnose, il est possible d'enseigner l'utilisation de couvertures protectrices imaginaires qui permettent de diminuer la douleur ressentie^[8]. D'autres techniques antalgiques sont également efficaces, par exemple la réactivation d'un lieu corporel de sécurité avec ancrage préalable^[6].

Si la femme n'est pas préparée en amont, sa prise en charge hypnotique commence par la mise en cohérence émotionnelle. Cette étape indispensable se fait principalement grâce à l'activation des neurones miroirs. Il s'agit essentiellement d'une synchronisation respiratoire et non verbale associée à une reformulation des propos^[9]. Comme déjà mentionné, les femmes ne sont pas nécessairement préparées à l'hypnose. Cela signifie que cette préparation n'est pas indispensable pour se servir de l'hypnose à la naissance mais elle est souhaitable dans le cas où la femme voudrait faire de l'autohypnose.

Expérience à Rennes

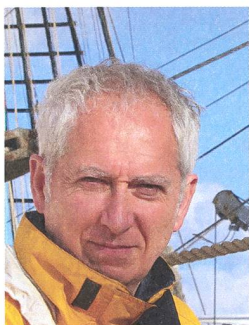
Au Centre hospitalier privé Saint-Grégoire, 90% des femmes ont des péridurales. Lors de la pose de la péridurale, il est pratiquement toujours effectué ce que nous appelons un «accompagnement hypnotique», de façon à ce que la péridurale se passe le mieux possible. Cet accompagnement va de l'hypnose conversationnelle (techniques relationnelles et linguistiques issues de l'apprentissage de l'hypnose associées à des techniques de focalisation) jusqu'à de l'hypnose formelle où des techniques dites de dissociation sont ajoutées, ce qui a comme effet de renforcer la transe hypnotique et donc de renforcer la suggestibilité.

Ensuite, les péridurales sont parfois incomplètes. Nous pouvons les compléter par de l'hypnose. Chez les primipares, le travail est parfois long et des travaux hypnotiques et d'art-thérapie (mandala) peuvent être proposés pour agrémenter et réduire l'attente. Lors de certaines stagnations de la dilatation, des suggestions peuvent être appliquées et, avec l'hypnose, elles deviennent beaucoup plus efficaces. On peut ainsi avancer que beaucoup de résistances peuvent être contournées grâce à l'hypnose le jour de l'accouchement.

Si l'accouchement se fait par césarienne, l'utilisation de techniques hypnotiques permet de renouer avec un projet de naissance qui était celui d'une naissance «plus naturelle» et l'accueil de l'enfant est alors transformé.

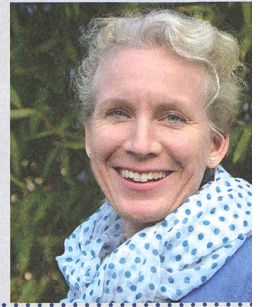
C'est arrivé quelquefois que l'hypnose soit utilisée à la place de l'analgésie péridurale, lorsque celle-ci n'avait pas eu le temps d'être posée ou lorsqu'elle était contre-indiquée. La plupart du temps, elle est utilisée en complément. Cela peut être particulièrement utile pour les tristes cas de mort fœtale ou lors d'interruptions thérapeutiques à terme avancé.

.....
Auteur



Dr Franck Bernard Anesthésiste-réanimateur au Centre hospitalier privé Saint-Grégoire à Rennes (F). Formateur en communication et en hypnose (de type éricksonienne, très permissive) depuis 2001. Président du Club des médecines non médicamenteuses de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR). Directeur de la formation «Hypnose» pour les anesthésistes au sein de l'Institut Emergences à Rennes. Avec son collègue Hervé Musellec, auteur de «La Communication dans le soin. Hypnose médicales et techniques relationnelles». Ed. Arnette, 2013.

Editorial



Christina Diebold
Conseillère rédactionnelle
Lucerne

Chère lectrice, cher lecteur,

Permettez-moi de vous raconter une «petite» histoire de péridurale. Je m'occupais d'une primipare qui venait de recevoir une péridurale juste avant son transfert. Auparavant, des heures durant, elle avait eu des contractions sans que l'accouchement n'avance. Elle aurait voulu accoucher sans, mais la situation était tout autre que ce qu'elle avait imaginé.

Après mon premier examen, j'ai pu lui annoncer que le col était complètement ouvert. Elle a alors rétorqué que la péridurale pouvait être arrêtée puisque le but était atteint. Je ne m'attendais vraiment pas à une telle demande et j'ai réagi dans la stupéfaction. Que faire lorsque l'accouchement traîne pendant des heures? Ou quand le placenta ne vient pas? Tandis que j'hésitais, la femme ne cérait pas et le mari n'était guère enthousiaste. Après que toutes les perfusions et la péridurale furent enlevées, elle est sortie du lit.

Une heure plus tard, elle a donné naissance, absolument sans problème, à quatre pattes. Les contractions étaient de nouveau plus fortes, mais pas aussi fortes que sans péridurale. Mais j'ai gardé ce secret pour moi, parce que la femme était absolument ravie d'avoir accouché «sans» péridurale!

Savoir si la péridurale est le «bon» choix, c'est une question cruciale pour les sages-femmes. Pour moi, le plus grand des défis dans l'accompagnement de la naissance consiste à bien distinguer si une parturiente a simplement besoin, à un certain moment, d'un surcroît de soutien et, de ce fait, est contente d'avoir accouché sans péridurale, ou bien si elle se sent incomprise et reste par après traumatisée par cet accouchement.

Il faut savoir que plusieurs études ont montré que la satisfaction après l'accouchement ne dépend pas d'abord de la péridurale, mais en grande partie de notre accompagnement! Dans cet esprit, je vous souhaite plein de bon sens pour apprécier si la péridurale est le «bon» choix ou non, et beaucoup d'énergie pour aider la parturiente avec compétence et empathie.

Cordialement, Christina Diebold

Chez nous, l'hypnose est habituellement proposée lors de la pose de la péridurale. L'idéal serait de pouvoir préparer les parturientes à l'autohypnose. Mais, dans notre établissement, cela n'est pas encore possible. En revanche, c'est le cas à la clinique Saint-Luc de Bruxelles où deux sages-femmes voient les femmes avant le jour J et les préparent ainsi.

Au Centre hospitalier privé Saint-Grégoire, la plupart des sages-femmes ont reçu une formation de neuf jours à l'hypnose. Ce sont malheureusement des sages-femmes qui ne font pas de préparation à l'accouchement. Mais elles utilisent l'hypnose conversationnelle.

Associer l'hypnose et la péridurale

L'association à une analgésie péridurale modifie bien évidemment la pratique. Si celle-ci est impossible ou non pratiquée, l'axe de travail est essentiellement antalgique. Après la synchronisation, la deuxième étape est le recadrage des sensations: il s'agit de redéfinir les sensations ressenties afin de les circonscrire dans une zone réduite du corps. Puis un outil cognitif appelé «réification» permet ensuite la transformation cognitive des sensations ou des émotions préalablement recadrées.

Par ailleurs, grâce à des techniques respiratoires d'induction hypnotique, l'action sur la respiration et le lâcher prise seront ensuite relayées par des dissociations successives. 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.

Si la femme a une analgésie péridurale en place, on peut bien sûr utiliser les mêmes techniques pour pallier à une insuffisance d'analgésie, mais on peut agir aussi sur la progression du travail en effectuant des projections hypnotiques dans le futur^[7] ou en proposant des tâches hypnotiques issues de l'art-thérapie optimisant le calme et le lâcher prise.

Intérêt de cette formation pour l'anesthésiste

L'hypnose en anesthésie est le moyen de renouer avec l'humain dans une spécialité essentiellement tournée vers la technicité. Et lors de ce retour, l'anesthésiste peut se rendre compte jour après jour qu'utiliser les ressources et les compétences du patient – et ici de la patiente – est une aide majeure pour faciliter son travail. Les bénéfices en termes d'efficacité (notamment en ce qui concerne la réhabilitation des patients après chirurgie) mais aussi et surtout de confort et de qualité sont évidents.

Références

1. Vanhauzenhuysse A et al. (2009) Pain and non-pain processing during hypnosis: A thulium-YAG event-related fMRI study. *NeuroImage*; 47:1047-1054.
2. Frenay MC et al. (2001) Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns*; 27:793-79.
3. Faymonville ME et al. (1997) Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*; 73:361-367.
4. Egner T et al. (2005) Hypnosis decouples cognitive control from conflict monitoring processes of the frontal lobe. *NeuroImage*; 27:969-978.
5. Faymonville ME et al. (2000) Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology*; 92:257-67.
6. Virost C, Bernard F. (2010) Hypnose en anesthésie et douleur aiguë. Ed Arnette.
7. Bernard F. (2009) Pensée magique et obstétrique: à quelle heure allez-vous accoucher? Diplôme universitaire d'hypnose médicale, Paris, La Pitié Salpêtrière, p 17.
8. Halfon Y. (2008) L'approche hypnotique comme aide analgésique pour l'accouchement. *Douleur et Analgésie*; 21, 31-33.
9. Waisblat V, Bernard F, Langholz B. (2012) Effects of hypnosis applied to parturients during labor. *American Society of Anesthesiology*. Quels sont les effets recherchés par l'hypnose pendant l'accouchement?