

HYPNOSE EN SALLE DE TRAVAIL

Franck Bernard - Hervé Musellec
Emergences Rennes - CHP Saint Grégoire
Bretagne.

L'utilisation des techniques hypnotiques s'impose très naturellement à partir du moment où le médecin anesthésiste est formé à la méthode. L'hypnose semble en effet bien s'intégrer dans ce cadre car elle répond aux objectifs du soin.

1. Quels sont les objectifs de soin dans une maternité ?

1.1. Apporter confort et sécurité

1.1.1. Rôle de l'anesthésiste

Le principal rôle de l'anesthésiste en maternité est de pouvoir offrir à la parturiente un cadre de soin qui soit à la fois sécuritaire et de qualité. Bien entendu la généralisation de la péridurale a transformé le paysage des maternités françaises. Une analgésie de qualité y est dispensée même si les effets de celles-ci restent difficiles à évaluer.

1.1.2. Craintes de la femme

Une étude récente rapporte les différentes craintes de la femme face à la pose de la péridurale. Les trois premières peurs de la parturiente sont : la difficulté de ponction, la peur de bouger et les séquelles neurologiques, viennent ensuite le retentissement fœtal, les imperfections de fonctionnement et enfin d'avoir à attendre.[1].

1.2. Faciliter le déroulement du travail obstétrical.

Le médecin anesthésiste est souvent sollicité pour faciliter le travail obstétrical : la pose d'une péridurale précoce pour faciliter le déclenchement, l'adjonction de morphiniques pour agir sur les fibres musculaires lisses du col sont des techniques usuellement dispensées par les anesthésistes.

2. L'hypnose possède-t-elle des caractéristiques qui pourraient permettre de répondre à ces objectifs ?

2.1. Actions de l'hypnose sur la douleur

La douleur est un symptôme à quatre composantes : sensoridiscriminative, affective, comportementale et cognitive. L'hypnose agit sur ces quatre composantes.

2.1.1. Action spécifique sur l'anxiété

2.1.1.1. L'anxiété péri opératoire est diminuée par l'hypnose [2].

La comparaison à J1, J10 et J30 de l'anxiété de deux groupes de patients ayant une thyroïdectomie : un groupe « AG » versus un groupe « Hypnose », objective une diminution significative de l'anxiété dans le groupe « Hypnose ». A la lecture de ces résultats, on peut se poser les deux questions suivantes : est-ce l'hypnose qui diminue significativement l'anxiété ou est-ce l'anesthésie générale qui est anxiogène ? Que se passe-t-il lorsqu'on compare l'hypnose à une technique réputée non anxiogène ? Une étude compare l'efficacité de l'hypnose à celle de techniques de relaxation. Deux groupes de 30 patients victimes de brûlures touchant 25% de la surface corporelle ont des pansements quotidiens pendant au moins 14 jours. Un groupe bénéficie de techniques de relaxation classique alors que les patients de l'autre groupe sont en transe hypnotique pendant les pansements.

On observe des réductions significativement plus importantes de l'anxiété avant, pendant et également après les pansements dans le groupe hypnose en comparaison avec le groupe relaxation [3].

Il est donc clair que l'hypnose présente un intérêt dans la prévention de l'anxiété péri opératoire. Ces études confortent l'impression clinique. Une caractéristique de la transe étant le confort : c'est habituellement très agréable d'être en transe hypnotique induite.

2.1.2. Action sur les autres composantes de la douleur.

2.1.2.1. Aspects historiques

L'utilisation de l'hypnose pour moduler la douleur est la première des applications pratiques du phénomène. En 1829, devant tout un amphithéâtre, le chirurgien Jules Cloquet effectue une mastectomie chez une patiente auparavant hypnotisée; celle-ci ne ressent aucune douleur. Esdaille, chirurgien à Calcutta, est le premier à publier une série de plus de 300 cas de chirurgie majeure pour lesquels, il n'utilise que l'analgésie hypnotique. Il constate que mortalité péri opératoire est ramenée de 40% à 5 %. L'avènement de l'anesthésie chimique vers 1850, technique beaucoup plus reproductible et fiable, va faire oublier l'hypnose analgésique pendant plus de cent ans. L'étude des modifications de l'activité de certaines populations neuronales lors de différents états de la conscience par la neuro-imagerie fonctionnelle est à l'origine du regain d'intérêt pour l'utilisation de l'hypnose antalgique. Entre 1990 et 2000, différentes équipes objectivent, en effet, l'action de l'hypnose sur la nociception. Les auteurs mettent en évidence non seulement une modification de l'évaluation subjective de la douleur, mais aussi des modifications objectives de l'activité cérébrale régionale.

2.1.2.2. Aspects expérimentaux

En 2003, Faymonville objectiva que, lors d'un stimulus douloureux, l'hypnose permet une activation de la cingulaire antérieure mais aussi une modification de sa connectivité avec d'autres régions impliquées dans la gestion de la douleur. Ces modifications apparaissent, elles aussi, corrélées à l'intensité de la douleur : plus la douleur augmente plus les structures sont activées ; aucune corrélation n'est retrouvée dans les groupes contrôles (repos, imagerie simple). Sur le plan comportemental, il est rapporté une diminution de 50% environ de la douleur évaluée chez les sujets hypnotisés par rapport à la population en condition « groupe contrôle » [4]. Ces résultats sont confirmés et complétés en 2009 grâce à des images obtenues par IRM fonctionnelle. Dans cette étude, c'est un laser infra rouge qui est utilisé pour créer le stimulus douloureux. L'intensité du rayon laser est progressivement augmentée. Cela permet de modifier l'intensité de la stimulation qui est non douloureuse dans un premier temps (intensité du laser < 450 mJ), puis qui devient de plus en plus douloureuse. Les images cérébrales obtenues avec ou sans hypnose sont comparées. Parallèlement des évaluations comportementales sont effectuées : on étudie la perception du stimulus et la douleur ressentie. Ces évaluations comportementales ne s'avèrent différentes que si la stimulation est douloureuse (intensité du laser > 450 mJ). En d'autres termes : la perception de l'existence du stimulus est la même avec ou sans hypnose mais l'inconfort ressenti et la douleur, lorsqu'ils apparaissent, sont significativement diminués dans le groupe hypnose. Sur le plan des images : toutes les structures cérébrales qui sont activées en conscience critique lors de l'application des stimulations par laser le sont significativement moins lorsque les sujets sont hypnotisés qu'il y ait douleur ou pas. Par ailleurs, il existe des régions qui sont très activées en conscience critique lorsque le stimulus est douloureux, non seulement au niveau cortical mais aussi au niveau sous cortical (tronc cérébral, en particulier). Ces régions ne s'activent pas ou peu sous hypnose dans ces mêmes conditions. Par contre, La connectivité fonctionnelle entre l'aire S1, l'insula et le cortex préfrontal est augmentée en cas d'hypnose lorsque le stimulus devient douloureux ce n'est pas le cas dans le groupe contrôle. Ces résultats suggèrent une inhibition des perceptions périphériques et une modulation du codage du message douloureux [4].

Le processus hypnotique permettrait de recruter des régions cérébrales pour participer à la gestion de la douleur. L'hypnose met ainsi en avant la capacité formidable du cerveau à recruter certains

réseaux neuronaux selon les besoins du moment, modulant notamment, la connectivité du cortex cingulaire antérieur avec l'ensemble des régions qui participent à l'évaluation cognitive. Ceci mène à une évaluation sensori-discriminative, émotionnelle et cognitive du stimulus nociceptif qui est différente. Cliniquement : le comportement du patient change.

On peut donc dire que l'hypnose est efficace sur la prise en charge de la douleur et qu'elle va permettre d'augmenter le confort des parturientes remplissant ainsi un des deux objectifs ci-dessus cités.

2.2. Action sur la progression du travail

La progression du travail obstétrical dépend de plusieurs facteurs.

On peut mettre en avant : la qualité de la relation, le calme environnant , la mise en place d'un lâcher prise et bien sûr la sécrétion d'ocytocine, hormone de la relation qui favorise la suggestibilité dont le mécanisme semble de type compétitif avec les catécholamines au niveau des récepteurs du col utérin. [5]

L'hypnose facilite la réalisation de toutes ces tâches : c'est avant tout une technique relationnelle qui favorise la diminution des catécholamines, le calme et la sérénité. De plus, il semble que l'ocytocine endogène comme l'hypnose, facilite la suggestibilité.

On peut donc postuler que l'hypnose est une technique qui paraît adaptée aux objectifs de soins d'une maternité. Une revue de la littérature conclut d'ailleurs dans ce sens malgré les difficultés d'exploitations des données recensées. [6]

3. L'existant dans notre établissement

3.1. Pour le confort

3.1.1. L'accompagnement

Il permet de diminuer l'anxiété et également de répondre aux craintes de la parturiente, facilitant dès lors sa participation active à la naissance. Certaines outils de communication, tels le recadrage ou la projection dans un futur proche sont utiles et efficaces.[8]

Durant la pose de la péridurale, un accompagnement de type hypnotique est réalisé. Il allie des techniques de communication hypnotique avec la focalisation qui se fait naturellement le plus souvent sur la respiration le plus souvent mais d'autres objets de focalisation peuvent être utilisés (scope, monitoring...) ; parfois des techniques de dissociation peuvent être mises en route afin de stabiliser le processus.

3.1.2. Le balancement

Depuis 2009, nous utilisons le balancement de la parturiente pendant la pose de la péridurale (méthode de Waiseblat). Il s'agit d'un bercement régulier dont l'impulsion est dirigée par la parturiente. Une étude multicentrique réalisée en 2011 rapporte une diminution des chiffres de l'évaluation de la douleur de 1,4 point pour le balancement seul et de 2,6 points pour l'association à des techniques d'accompagnement hypnotique. [7] Il est intéressant de constater que cette technique permet de rassurer la femme sur la possibilité de bouger alors que l'immobilité apparaît comme une de ses principales craintes [1]

3.2. Pour la progression du travail

3.2.1. Les limites

L'utilisation de l'hypnose en salle de travail se heurte à deux obstacles

- peu de femmes reçoivent une préparation à l'hypnose ce qui permettrait d'utiliser des techniques d'autohypnose

- les soignants ne peuvent rester en permanence en salle de travail pour des raisons évidentes de disponibilité.

3.2.2. Les solutions

Dans notre établissement (Entre 2500 et 3000 naissances par an) nous utilisons un protocole « cool heure » en trois phases.

3.3. Le protocole cool heure

3.3.1. Avant la péridurale.

L'alliance thérapeutique est instituée en utilisant des techniques de base de communication [8]

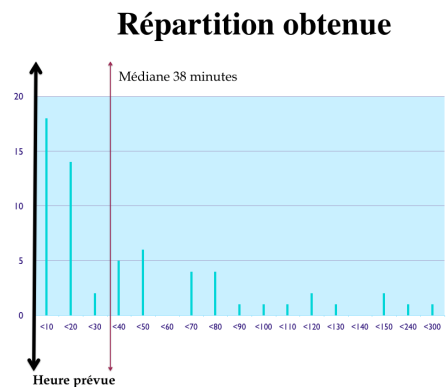
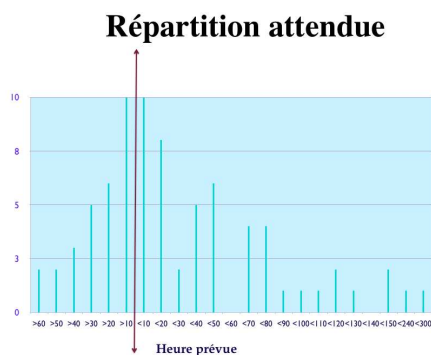
3.3.2. Pendant la pose.

La technique utilisée est celle décrite en 3.1. Des suggestions de confort sont associées à des suggestions post hypnotiques dans lesquelles la naissance est associée aux couleurs ; enfin, des suggestions d'ouverture sont également effectuées (les fleurs qui s'ouvrent...)

3.3.3. Après la pose.

3.3.3.1. Heure de la naissance.

L'heure de la naissance est demandée à la patiente. En règle générale, aucune réponse n'est obtenue. Une induction hypnotique est alors réalisée afin d'obtenir une réponse. Une étude réalisée sur 6 mois en 2009 [9] semble montrer une diminution des dystocies dynamiques et du taux de césariennes dans les populations de primipares à qui la question est posée, mais il existe des biais la sensibilité des résultats est relativement faible ($p < 0,03$). Cependant on note qu'aucune femme n'accouche avant l'heure qu'elle s'est déterminée alors qu'on serait en droit d'attendre une



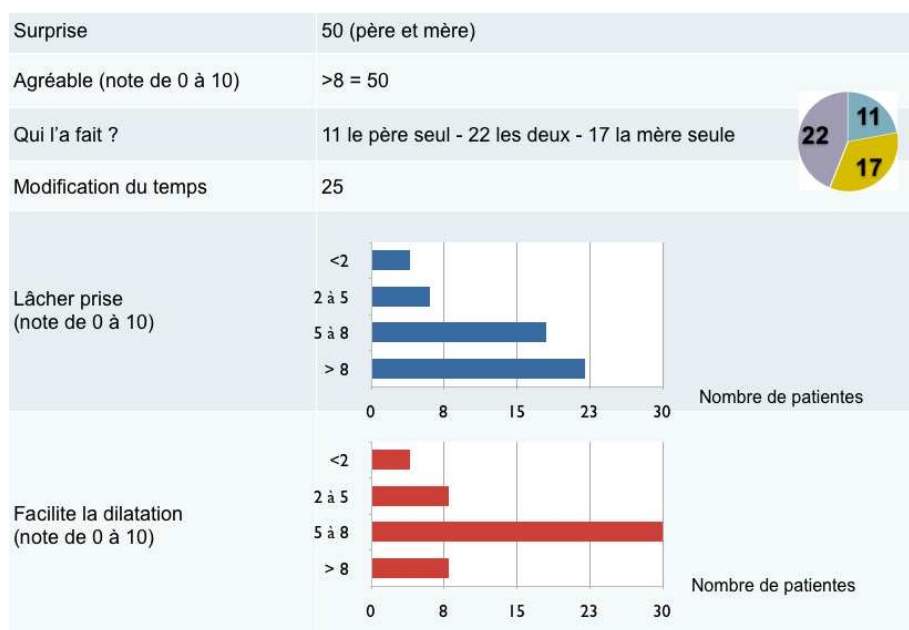
répartition en courbe de Gauss.

3.3.3.2. Technique des mandalas

Proposer à la femme ou au couple de réaliser un mandala permet la liaison avec les suggestions post hypnotiques faites pendant la péridurale. Le mandala est une technique curative utilisée en psychiatrie depuis Jung. C'est un dessin circulaire simple de réalisation qui possède en outre des fonctions symboliques et une forme évocatrice d'un col utérin qui s'ouvre.

Une enquête qualitative réalisée sur une cinquantaine de couple rapporte des résultats encourageants mais aucune évaluation de l'efficacité sur la réduction des dystocies n'a été faite ; curieusement une majorité de couple pense que cela peut avoir une influence.

Les modifications de la perception du temps favorisent le calme.



4. Le cas particulier de l'urgence extrême

La connaissance des techniques de communication nous enseigne qu'il est préférable de ne pas figer le rapport entre le soignant et le patient. Celui-ci est habituellement presque exclusivement sous la forme «patient = dominé - soignant = dominant».

Dans le cadre de l'urgence extrême, le choix de cette configuration s'impose pour gagner du temps. (bernard musellec)

Le temps manque pour s'occuper de la relation quand il s'agit de perfuser, transfuser, préparer les champs, réinjecter ...

Une métaphore utilisable par tous est celle du pilote de course qui rentre au stand de son écurie. (tout le monde s'affaire le plus rapidement possible autour de lui qui en profite pour se laisser aller)

Conclusions

L'utilisation de l'hypnose à la maternité permet de transformer le paysage en apportant une certaine dé-médicalisation 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. Les techniques destinées à entretenir ce qui est fait pendant la pose de la péridurale ont peut être une utilité dans la progression du travail mais des études complémentaires sont à ce jour nécessaires pour le prouver.

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.

Références bibliographiques

1. Hirtz D. SFAR 2013 Abstract R290 Évènements redoutés par les femmes enceintes avant une analgésie péridurale pour le travail obstétrical.
2. Faymonville ME. & col. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain* (1997);73:361-367
3. Frenay MC. & col. Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns* (2001);27:793-79
4. Vanhaudenhuyse A. & col. *NeuroImage* (2009);47:1047-54 Pain and non-pain processing during hypnosis: A thulium-YAG event-related fMRI study.
5. Bryant RA. *Psychoneuroendocrinology* 2012 37(1):162-6. Oxytocine as a modulator of hypnotizability
6. Cyna AM. & col. *BJA* (2004);93(4):505-11. Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review.
7. Waiseblat V. & col. ASA 2012 Effects of Hypnosis Applied to Parturients During Labor.
8. Musellec H. & col. La communication dans le soin. Ed. Arnette
9. Bernard F. Mémoire pour l'obtention du DU d'hypnose de la Pitié Salpêtrière - A quelle heure allez-vous accoucher ?