

L'IDÉE D'ACCOUCHER, C'EST DÉJÀ ACCOUCHER

Franck BERNARD, Hervé MUSELLEC, K HAMELIN, N GUILLOU

Département d'anesthésie, Centre Hospitalier Privé Saint Grégoire, 6 boulevard de la Boutière - CS 56816, 35768 Saint Grégoire Cedex, France.

Lorsqu'on utilise l'hypnose en obstétrique, l'alliance thérapeutique de qualité, pierre angulaire du soin [1], et l'autonomie donnée à la femme changent complètement la prise en charge en l'améliorant [2][3]. Historiquement, c'est d'ailleurs à l'hypnose qu'on doit faire remonter les premiers éléments d'analgésie obstétricale non médicamenteuse [4]. Est-il possible d'aller encore plus loin ? C'est pour ouvrir une voie dans cette direction que nous avons réalisé l'étude détaillée ci-après.

BUT DE L'ÉTUDE

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

Il semble licite d'éviter une césarienne car les données de la littérature sont en faveur d'une augmentation du risque de décès maternels en cas de césariennes, en raison des embolies crurales et des hémorragies [5]. De plus les risques de morbidité fœtale semblent plus élevés lorsque la césarienne est réalisée alors qu'elle n'avait pas été programmée [6].

MÉTHODOLOGIE

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

POPULATIONS ÉTUDIÉES

74 femmes sont incluses par tirage au sort parmi 652. Les 578 femmes restantes (652-74) servent de groupe témoin.

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

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

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

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

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

DESCRIPTION DU PROTOCOLE

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

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

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

« A quelle heure allez-vous accoucher ? »

Aucune réponse n'est obtenue dans la plupart des cas. On induit alors une courte transe hypnotique, la question est posée de nouveau et la réponse obtenue colligée.

PARAMÈTRES RECUEILLIS

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

MÉTHODE STATISTIQUE

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

RÉSULTATS

74 femmes ont participé à l'étude. 4 ont dû avoir une césarienne pour stagnation du travail.

Nos deux populations sont statistiquement comparables en termes d'âge, de doses de Syntocinon*, de terme et de dilatation cervicale au moment de la péridurale. Le test du Khi 2 donne une probabilité environ de 0,03.

	Hypnose	Population témoin
Nombre total	74	578
Nombre d'AVB	70	495
Nombre de césariennes	4	83
Age moyen	27,24	28,7(29,2en France)
Dilatation à la pose de APD	3,2	3,3
Syntocinon* IV continu	100%	100%
Péridurales	100%	100%
Primiparité	100%	100%

DISCUSSION

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

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

LIMITES DE L'ÉTUDE

Mode de départ du travail

Les 4 femmes césarisées observées dans notre étude et qui faisaient partie du groupe « hypnose » sont toutes les 4 des femmes en post terme (>41 semaines d'aménorrhée). Chez trois d'entre elles, une indication de déclenchement a été posée. Elles ont toutes les 3 reçu un traitement par apposition de progestérone E en local, afin de préparer le col utérin. Puis, pour ces trois là et pour la quatrième, il y a administration d'ocytocine de synthèse (Syntocinon*) par pompe intraveineuse alors que le bébé était encore en position haute. Les conditions de départ du déclenchement sont donc moyennement favorables voire carrément mauvaises pour les femmes dont le col utérin est resté fermé malgré le gel de prostaglandine ; on sait que le risque de césarienne dans ces conditions est considérablement augmenté [7].

La personnalité du gynéco obstétricien

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

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

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

Les suggestions « négatives » sont ici très fortes et associées à de mauvaises conditions obstétricales. Le travail hypnotique de l'anesthésiste n'a pas suffi à éviter la césarienne. Des explications maladroites, une démarche diagnostique ou de soins hésitante, la non prise en charge de la plainte sont des facteurs iatrogènes qu'il ne faut pas sous-estimer [8].

Une étude américaine montre que le taux de césariennes est différent d'un obstétricien à l'autre et que ce taux est précisément lié au degré de confiance que les femmes accordent à leur médecin accoucheur. Il existe donc au sein de la relation une influence qui agit sur le mode d'accouchement dans un sens comme dans l'autre [9].

Les variations dues au médecin anesthésiste

Nous avons fait en sorte qu'il y ait une relative homogénéité dans les façons d'appliquer le protocole ; comme nous l'avons déjà dit, les médecins participant de façon active au protocole sont tous issus de la même école d'hypnose et se réunissent fréquemment pour discuter des cas qu'ils rencon-

trent. Malgré ces précautions, tous n'ont pas la même personnalité et toutes les péridurales ne sont pas faites à la même heure. A trois heures du matin lorsqu'il est sorti de son lit pour réaliser une péridurale, il est évident que l'anesthésiste tisse un lien thérapeutique avec la parturiente différent de celui qu'il crée dans la journée.

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

Les facteurs naturels qui provoquent le déclenchement de l'accouchement sont partiellement connus, retenons entre autres : la transmission d'un message chimique initial depuis le fœtus vers la mère, la diminution des taux de progestérone, l'augmentation de l'action des œstrogènes qui facilitent la contractibilité du muscle utérin et donc l'action de l'ocytocine dont les taux montent dans les heures qui précèdent l'accouchement. Depuis plus de 20 ans les méthodes pour déclencher les accouchements ont peu changé, car si l'action des ocytociques est facile à reproduire, grâce à des hormones de synthèse, il paraît difficile d'interférer dans les transmissions d'informations fœto-maternelles.

Inversement, il est prouvé depuis très longtemps [10] que des taux élevés de catécholamines interviennent comme des antagonistes de l'ocytocine et rallongent le temps de travail notamment la deuxième partie en entraînant un certain degré de myorelaxation utérine par effet bêta 2.

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

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

Il est très important que ces facteurs soient pris en compte par le personnel soignant. Toutes les équipes ne sont pas les mêmes : certaines sages-femmes sont très sensibilisées à la gestion du stress des femmes, certaines ont suivi une formation en hypnose [11] et s'en servent pour apporter du confort et de la sécurité. Ce n'est pas toujours le cas. Deux des césariennes observées dans notre groupe « hypnose » ont été suivies par la même équipe, dont les membres n'ont pas été formés à l'hypnose. Toutes les sages-femmes et auxiliaires formées à l'hypnose notent une modification du langage qu'elles utilisent avec la patiente et donc une modification du lien thérapeutique [11]. Bien entendu il est impossible, sur le plan statistique, de conclure actuellement que cela ait eu une influence mais on peut cependant raisonnablement le penser. D'ailleurs, une étude anglaise a rapporté que la durée du travail était diminuée de moitié lorsqu'on employait l'hypnose pendant le travail, que ce soit pour la première ou la deuxième partie du travail chez les primipares [12].

La dilatation initiale lors de la pose de la péridurale

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

Les paramètres non pris en compte

le poids du bébé à la naissance, les positions prises par la femme pendant le travail, positions qui peuvent varier d'une sage-femme à l'autre et qui semblent avoir une influence sur le déroulement du travail [13], le type de présentation, le poids de la femme... sont autant de paramètres non pris en compte et qui pourraient avoir une influence.

LES HYPOTHÈSES

Le processus hypnotique

Le protocole retenu induit facilement et rapidement une transe hypnotique. La focalisation est obtenue par fixation de la pendule après repérage sensoriel rapide de l'environnement (description rapide de la pièce, des sons entendus et de la position de la parturiente). L'immobilité, la fermeture des yeux, l'indifférence à l'environnement parfois même aux contractions qui surviennent attestent de la réalité de la transe. Celle-ci est installée rapidement car la femme qui va accoucher est déjà dans un processus mental qui s'éloigne de la conscience ordinaire ainsi que le soulignent les auteurs qui sont habitués à travailler dans des maternités. Cet état intervient en dehors d'un processus cognitif pur, c'est à dire un état qui fait plus appel aux perceptions qu'aux sensations. Ce processus est très bien décrit dans le livre « L'hypnose aujourd'hui » par Patrick Richard [14] en ces termes :

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

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

Un processus d'adaptation et de projection dans le temps

L'hypnose permet de mobiliser la femme vers une représentation mentale de son accouchement et à faire « comme si » pour s'approprier un autre réel et se construire un avenir proche. Il y a alors confusion entre réalité et pensée, l'assimilation entre processus externes et les schémas préexistants devient possible [15]. Ces schémas sont le fruit de l'expérience du sujet ou de l'espèce. Certains schémas semblent en effet être un héritage ancestral, sorte de mémoire collective de l'espèce. Cette notion d'héritage ancien a été largement abordée par Carl Jung dans son ouvrage sur la synchronicité [16]. Marie Louise Von Franz dans « La psychologie de la divination » soutient que cette mémoire de l'espèce interviendrait dans un certain nombre de processus de divination et donc dans le travail de projection dans le futur.

Ces techniques de projections dans le futur proche et dans sa construction à partir des ressources du sujet sont largement répandues dans la préparation du sportif à une compétition [17].

Il devient ainsi possible « d'imaginer » de nouvelles situations : le virtuel devient réel. Les processus cognitifs sont mis en veille. Le sujet devient indifférent à l'environnement, la puissance des suggestions est accrue. Il peut alors accéder à certains mécanismes modulateurs fondamentaux du système nerveux, ce qui lui permet d'accroître son potentiel expérientiel. [18]

Selon Damasio [19], la présélection de scénarios par le cortex préfrontal entraînerait, via l'amygdale, des réactions émotionnelles préfigurées. Ces réactions émotionnelles préfigurées permettraient au sujet de choisir parmi plusieurs hypothèses. Ce choix induit une adaptation plus rapide qu'avec une évaluation cognitive rationnelle. Cette capacité trouve tout son intérêt face à toute situation nouvelle.

Or les femmes de l'étude sont toutes des primipares, l'accouchement est donc une expérience nouvelle et inconnue pour elles. L'hypnose trouve donc ici une place idéale et est beaucoup plus efficace que la simple imagerie mentale. Cette efficacité est sans doute due à un fonctionnement polymodal et à des modifications de l'inter-connectivité au niveau du système cérébral, ainsi que l'a montré le professeur Faymonville dans des études neurofonctionnelles [20], [21], [22].

Un processus de mobilisation

Il y a remobilisation, c'est à dire un changement qui laisse alors à la femme la possibilité de choisir: « Une des particularités de l'hypnose est de permettre de manière réversible au sujet en état d'éveil tout en étant présent ici et maintenant d'être « ailleurs dans le temps et l'espace et de la vivre comme tel » [14].

Cette mobilisation permet de remettre en mouvement la femme traumatisée par une expérience qu'elle appréhende. Ce traumatisme est souvent potentialisé par l'hospitalisation qui effraie. Le fait de projeter son esprit vers une heure d'accouchement met en route des mécanismes assimilables à ceux mobilisés par la pensée magique. Cette pensée magique, décrite par Piaget, trouverait justement son utilité dans le fait qu'elle permet au sujet d'aller à son rythme et ainsi de pouvoir servir de pont entre une situation de blocage et sa résolution ultérieure [15]. Choisir l'heure de son accouchement offre ainsi l'opportunité de trouver son propre rythme. De plus, cela fait écho sur le plan corporel au travail de Waisblat [23] dont nous nous servons pour poser la péridurale. Travail dans lequel nous laissons la parturiente trouver le bon rythme corporel, celui qui lui convient.

Un processus d'accompagnement

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

Par ailleurs, le confort, apporté par la transe hypnotique et augmenté par les suggestions agréables et l'attitude des médecins pendant la pose de la péridurale, entraîne une diminution du stress. Cette réduction du niveau de stress est corrélée à une baisse des taux de catécholamines chez les parturientes. Ces hormones, qui diminuent l'efficacité de l'ocytocine sur le muscle utérin, diminuent la sécrétion d'endorphine et de prolactine et abaissent le seuil de tolérance à la douleur. En redonnant du confort, on élève le seuil douloureux, la femme perçoit les contractions différemment. La composante sensori-discriminative est modifiée par la résonance et l'interprétation qu'en fait la femme [24]; ces modifications sont intimement liées à la relation nouée avec le soignant [25].

QUELQUES REMARQUES CONCERNANT L'HEURE DE L'ACCOUCHEMENT

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

Une transe réelle

L'obtention d'une réponse à la question « à quelle heure ? » après l'induction de la transe hypno-

tique, alors qu'il n'y en avait pas lorsque la femme utilisait ses fonctions réflexives et cognitives habituelles, suggère qu'il existe bien un réel processus hypnotique en amont des processus cognitifs. Ce sentiment vient confirmer l'impression faite par l'immobilité de la patiente, les modifications de son timbre de voix, la fixité du regard, le silence habituel après le retour vers un « ici et maintenant » autant d'éléments que nous avons déjà évoqués. On peut penser que cette suggestion hypnotique s'apparente à une réification de l'accouchement, celui-ci devient réel, palpable ; le virtuel devient réel[26],[27].

Les heures obtenues

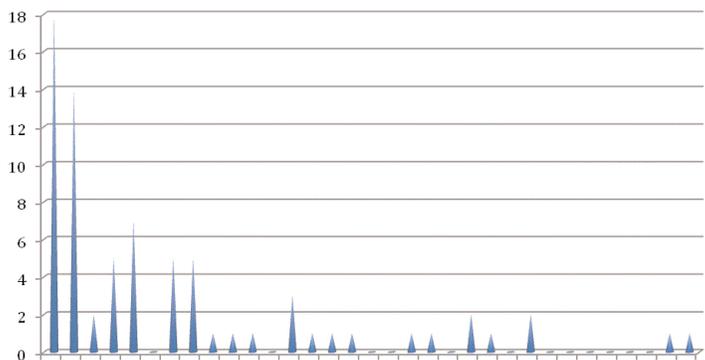
Les heures obtenues sont souvent proches de l'heure d'accouchement réelle. La médiane est à 38 minutes. cela signifie que la moitié des femmes accouche à une heure située entre 0 et 38 minutes de celle qu'elles avaient prédite et une autre moitié accouche entre 38 et 240 minutes avec une répartition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

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

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

Le graphique 1 rapporte en abscisse les différences observées en minutes entre l'heure « prédite » et l'heure réelle de l'accouchement. En ordonnées, on trouvera le nombre de patientes dans chaque catégorie.

Répartition des différences



Les réponses sont parfois le résultat de paramètres qui nous échappent mais qui viennent certainement interférer avec : une femme voulait attendre de toutes façons son mari qui devait rentrer du travail, une autre nous

a donné une réponse qui était « après minuit » car elle voulait accoucher un jour pair et non impair...

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

CONCLUSIONS

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

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

REFERENCES

1. **Benhaïem, J.** L'hypnose aujourd'hui . 2005 ; 19.
2. **Diamond, M.** It takes two to tango : the neglected importance of the hypnotic relationship *Am J Clin Hypn.* 1984 ; 26, 1-13.
3. **Erickson, M., Rossi, E., & Rossi, S.** La suggestion indirecte en pratique clinique *Traité pratique de l'hypnose.* 2006 ; 51.
4. **Chertok, L.** Les méthode d'accouchement psychosomatiques sans douleur. L'expansion. 1957. R du comité national d'experts sur la mortalité maternelle 1995-2001.
5. Recommandation gouvernementale concernant la mortalité maternelle . 2002 .
6. **C.Spencer, Murphy, D., & Bewley, S.** Caesarean delivery in the second stage of labour. . 2006 ; 3333, 613-614.7.
7. **Shin, K., Brubaker, K., & Ackerson, L.** Risk of cesarean delivery in nulliparous women at greater than 41 weeks' gestational age with an unengaged vertex. : *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2004 ; 190, 129-34.
8. **Halfon, Y.** L'approche hypnotique comme aide analgésique pur l'accouchement Douleur et Analgésie. 2008 ; 21, 31-33.9.
9. **Cohen, J.** Patient satisfaction with the prenatal care provider and the risk of cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 ; 192, 2029-32.10.
10. **Triner, L., Vulliemoz, Y., Verosky, M., & Naha, G. G.** The effect of catecholamines on adenyl cyclase activity in rat uterus *Life Sciences.* 1970 ; 9, 707-712.
11. **Bernard, F.** Introduction de l'hypnose dans une maternité Livre d'abstracts du congrès ESH Vienne 2008. 2008.
12. **Jenkins, M. & Pritchard, M.** Hypnosis : practical applications end theoretical considerations in normal labour *Br J obstet Gynaecol.* 1993 ; 100, 221-6.
13. **Racinet, C.** Positions maternelles pour l'accouchement. *Gynecol Obstet Fertil.* 2005 ; 33, 533-8.
14. **Richard, P.** Pourquoi l'hypnose existe-t-elle ? 2005 ; 45.
15. **Colombo, S.** Piaget et la pensée magique *Hypnose et pensée magique.* 2008, 316.
16. **Jung, C.** Synchronicité et paracelsica Albin Michel. 1988.
17. **Espinosa, J.** Utilisation de l'hypnose dans la préparation des sportifs 5è forum Confédération franco-phone d'hypnose et de thérapies brève. 2007.

18. **P.Rainville** Neurophénoménologie des états et des contenus de conscience dans l'hypnose et l'analgésie hypnotique. Cours supérieur du 4^e congrès de la Société d'Etude et de Traitement de la Douleur. Montpellier. 2004.
19. **Damasio, A.** L'erreur de Descartes . 1995.
20. **Faymonville, M., Laureys, S., Degueldre, C., Delfiore, G., Luxen, A., Franck, G., Lamy, M., & Maquet, P.** Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis *Anesthesiology*. 2000; 92,1257-67.
21. **Faymonville, M., Roediger, L., Degueldre, C., Delfiore, G., Phillips, C., Lamy, M., Luxen, A., Maquet, P., & Laureys, S.** Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cognitive Brain Research*. 2003 ; 17, 255-62.
22. **Faymonville, M.** Hypnose: mieux comprendre pour mieux l'utiliser Douleur et Analgésie. 2008;21, 1.
23. **Waisblat, V.** Balancement, hypnose et pose de péridurale en obstétrique DU hypnose médicale UFR Pitié - Salpêtrière. 2007.
24. **Touyrot, A.** Pas à pas Satas. 2006, 71-72.
25. **Halfon, Y.** Hypnose naturelle et maternalité . 2007.
26. **C.Virot** La réification : une douleur palpable Hypnose et thérapies brèves. 2009 ; Hors Série, 16-32.
27. **Benhaiem, J.** Les principes actuels de la thérapie par l'hypnose L'hypnose aujourd'hui. 2005.