

Hypnose médicale : entrer dans un "autre sentir"

Autor(en): **Udressy, Floriane**

Objekttyp: **Article**

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

Band (Jahr): **109 (2011)**

Heft 4

PDF erstellt am: **15.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949921>

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.

EDITORIAL

Les sages-femmes sont confrontées quotidiennement à la gestion de la douleur. Nous sommes peut-être les mieux placées pour comprendre que la notion de douleur est quelque chose de personnel. La perception de la force des contractions est très intime et il nous appartient d'entendre le discours de chaque femme, car c'est leur propre accouchement.



Le contexte et la préparation ont une énorme influence sur la gestion de la douleur. Une femme qui va dans une maison de naissance pensera très différemment qu'une femme qui arrive à la maternité en demandant directement une péridurale, sans même avoir expérimenté les douleurs. Nous ne pouvons que les accompagner et faire au mieux sans les forcer.

Il est donc important d'avoir une bonne information sur les possibilités, sur les différentes options, afin de répondre au plus juste à la demande, afin que la femme ne se sente pas dépossédée de son accouchement. Ce mois-ci, nous avons un large panel explicatif sur ce qu'il est possible d'offrir aux patientes. Il y a également un grand intérêt à connaître les limites de ces différentes méthodes.

Nous vous présentons différentes méthodes de la plus psychologique à la plus oubliée. En effet, l'hypnose est peu utilisée, alors que c'est une méthode non médicamenteuse de choix. Le TENS est complètement oublié dans la plupart des maternités, alors qu'apparemment c'est aussi une méthode efficace.

Ce dossier n'est cependant pas exhaustif, car il nous manquait de place pour pouvoir tout aborder. Je pense au yoga, qui est également une méthode de préparation à la gestion de la douleur et une préparation à vivre les contractions de manière plus supportable grâce au souffle et au mouvement. C'est donc un sujet qui mériterait une suite.

En attendant, je vous souhaite un heureux printemps et une bonne lecture !

Edith de Bock-Antonier

Edith de Bock-Antonier

Hypnose médicale

Entrer dans un

L'auteure explique ce que peut apporter l'hypnose médicale dans la profession de la sage-femme sans l'enfermer dans une méthode qui garantirait un résultat. Pratiquée dans le sillage d'Erickson et de Roustang, l'hypnose investit le champ de la rencontre et, de ce fait, les modulations imprévisibles et singulières de la relation. C'est donc sous cet angle qu'elle cerne les avantages de cette possibilité. Elle la considère comme une «corde supplémentaire» à son arc qui nécessite toutefois un savoir-faire particulier.

Le cycle de la maternité, le passage qu'est la naissance, puis les premiers jours, les premiers mois de vie avec un nouveau-né: autant de moments particuliers et significatifs dans la vie d'une femme, moments intenses d'émotions, de bouleversements, de transformations: paradoxe entre ouverture et replis sur soi, entre vulnérabilité et force. L'expérience de la maternité renvoie en écho à l'expérience de son propre vécu de fœtus, à sa propre naissance et au face-à-face poignant avec le nouveau-né, avec l'autre. La sphère du vécu subjectif prend le devant de la scène et estompé souvent la part du vécu plus rationnel, objectivable.

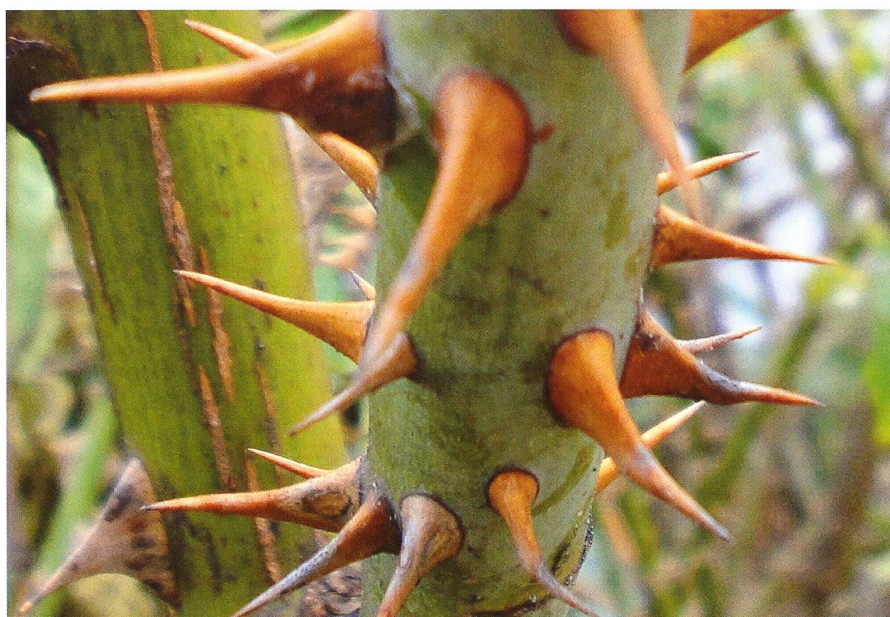
Mettre au monde? Bonheur. Douleurs physiques, fatigues, tensions, déchirure du corps, souffrance du cœur et de l'âme, etc. Mettre au monde: douleur aiguë, tantôt décrite comme insupportable, tantôt

Floriane Udressy, sage-femme indépendante, chargée de cours à la Haute école de santé de Genève.

décrite comme acceptable. «Faites que cela cesse!» «Je vais mourir!» ou «Le mal joli, aussitôt l'enfant mis au monde, bientôt oublié». Comment accompagner une femme dans le voyage de la naissance? Comment l'accompagner dans cette traversée, dans ce passage, sans la trahir ni la devancer, dans le respect de sa personne, de son sujet?

L'hypnose médicale, de quoi s'agit-il?

L'hypnose a acquis ses lettres de noblesse en médecine, autant par les nombreuses recherches scientifiques à son sujet déjà menées depuis les années 30 par Hull (cf.



Une douleur aiguë qui fait dire «Faites que cela cesse!» ou «Je vais mourir!»

Photos: Josiane Bodart-Senn

«autre» sentir

encadré) et jusqu'à nos jours, que par les applications médicales où elle a fait ses preuves, telles que les douleurs rebelles, affections somatiques et psychiques.

Etre en transe, synonyme de l'état hypnotique, est une expérience naturelle que nous expérimentons tous, de façon spontanée plusieurs fois par jour¹. En simplifiant, nous pourrions dire que, de même qu'il existe deux états de sommeil, il existe deux états de veille, un «état de veille habituel» et un état de transe qui lui-même est défini comme «état de veille paradoxal» ou «état de conscience modifiée».

En médecine, dans les différents cadres de soin, l'état hypnotique est induit volontairement, la personne hypnotisée gardant cependant toujours son libre arbitre. Bien qu'il s'agisse d'une expérience subjective, un observateur extérieur attentif pourra reconnaître une personne en transe à plusieurs indices. Voici ce que le psychiatre Gérard Salem nous en dit: «Le corps est plongé – en général assez rapidement – dans un état de léthargie, de détente parfois très profonde, accompagnée d'un désintérêt envers tout effort, des sensations de légèreté et de flottement, la musculature étant relaxée comme dans le sommeil, la respiration et le pouls habituellement ralentis, la tension artérielle diminuée. Les réflexes ostéo-tendineux sont présents (contrairement à ce qui se passe durant le sommeil). Les mouvements volontaires sont inhibés (catalepsie), les muscles du visage relâchés et davantage irrigués (vasodilatation périphérique), le réflexe de déglutition est espacé ou suspendu (...) Le sujet décrit des sensations inhabituelles, parfois paradoxales: lourdeur et légèreté simultanée du corps ou des membres, modifications diverses du schéma corporel, fourmillements dans les extrémités, etc. L'imagerie, l'intuition et l'évocation l'emportent sur le raisonnement. L'expression des émotions est facilitée, l'impression que quelque chose de peu ordinaire est en train de se passer est décrite».

Ce tableau clinique offre d'une façon assez évidente une perspective d'outils précieux pour l'accompagnement de la grossesse et pour l'antalgie durant l'accouchement. En plus des aspects de détentes et de respiration facilitée, cet état de veille paradoxal facilite la libération de morphine endogène. La plupart des sages-femmes ont déjà observé que les femmes se mettent

parfois spontanément en transe et elles les accompagnent de façon intuitive et pertinente. Cette «physiologie de la transe» est également connue au travers de différentes méthodes où elle intervient, comme le training autogène de Schulz, la sophrologie de Caysedo, ou même l'accouchement sans douleur de Lamaze.

La relation de soin ne fonctionne pas comme une machine, son efficacité ne saurait se laisser enfermer dans le déterminisme. Ainsi que le développe Eric Bonvin, il s'agit de sortir de la logique du contrôle: «neurosciences, biotechnologies et méthodes de communication se partagent aujourd'hui le discours sur la relation humaine qu'ils ramènent à l'idée du contrôle et du pilotage de l'individu par la gestion de son esprit-cerveau-ordinateur (...) C'est ainsi que sous l'effet des sirènes de la techno-science et des sciences de la communication les métiers de la thérapie se plaisent à faire un large usage de ces machines à piloter la communication que sont les méthodes thérapeutiques».

Se risquer à l'expérience de la transe, c'est précisément se risquer à quitter la modalité du contrôle et expérimenter la modalité de la participation. Immergé dans l'expérience, un certain lâcher-prise devient possible.

A quoi nous invite l'état hypnotique?

Nous l'avons vu, entrer en état hypnotique, c'est changer son mode de relation au monde, au réel. L'étymologie nous éclaire: dans la mythologie grecque, *Hypnos* est le fils de la nuit et le frère jumeau de la mort. Se relier à *Hypnos* suppose faire la place – du moins un instant – à cette partie dans l'ombre. C'est se relier à son inconscient, accéder à ses ressources et les activer.

Le préambule consiste à créer l'espace de la transe: faire que cela soit possible et le laisser exister. C'est là le rôle essentiel de la sage-femme utilisant l'hypnose: créer le cadre, et le maintenir, contenir ce qui s'y passe, sans trop se soucier du contenu d'ailleurs, mais en être la gardienne, fermement attentive et présente.

Dans un deuxième temps, il s'agira d'induire la transe: se focaliser sur sa respira-

¹ Voir aussi: Un art de la relation précieux pour la sage-femme. In: Sage-femme.ch, 2/2009, 32–34.

Historique

Les sources de l'hypnose médicale

L'hypnose médicale fait son apparition dans notre culture occidentale avec *Mesmer* (1734–1815), médecin allemand, inventeur du «magnétisme animal». Elle sera développée et étudiée par des généralistes et des chirurgiens tels que *Braid* (1795–1760) à Manchester, qui lui donnera le nom d'«hypnotisme». C'est à cette époque que l'hypnose est utilisée comme méthode anesthésique ou analgésique, en chirurgie, notamment par les médecins *Elliotson* et *Esdale*. A Paris, le neurologue *Charcot* (1825–1893) s'y intéresse et l'enseigne dans le cadre de l'étude sur l'hystérie. Il fut critiqué par les médecins et psychiatres français de Nancy, *Liébeault* (1823–1904) et *Bernheim* (1837–1919) qui considèrent l'état hypnotique comme un état physiologique. Le psychiatre *Freud* (1856–1939) pratique aussi l'hypnose dans un premier temps, puis l'abandonne en développant sa cure psychanalytique. Bien que l'utilisation clinique de l'hypnose s'estompe un peu, les recherches expérimentales continuent, en France (*Janet Binet*), en Allemagne (*Moll*), en Suisse (*Forel*), en Union soviétique (*Pavlov*). En Allemagne, *Schultz* (1884–1970) crée à partir de l'hypnose, le «training autogène». C'est aux Etats-Unis, dans les années 30, à l'université de Yale, que *Hull* lance un vaste programme de recherche consacré à l'hypnose. Son disciple *Erickson* (1901–1980), psychiatre en Arizona, rénove le champ clinique de l'hypnose dès les années 50 et réhabilite l'utilisation de l'hypnose en médecine et en psychothérapie. Erickson définit une nouvelle forme de relation entre l'hypnothérapeute et son patient et ce, en lien avec le courant d'idées du groupe de Palo Alto et de son leader *Bateson* (1904–1980), anthropologue et chercheur britannique. Dans la continuité, en France, les travaux et les écrits de *Roustang* font référence depuis les années 90 dans le monde de l'hypnose.

Faits probants pour l'hypnose médicale

Plusieurs études scientifiques démontrent l'efficacité de l'hypnose médicale. VandeVusse et al (2007) ont comparé 50 femmes enceintes qui avaient appris en période prénatale à utiliser l'hypnose et 51 femmes n'ayant aucune préparation dans ce domaine. Les deux groupes étaient par ailleurs comparables au point de vue démographique. Le groupe préparé à l'hypnose a eu significativement moins besoin de calmants, d'analgésiques et d'anesthésie locale, et leurs bébés ont un Apgar à une minute significativement meilleur, les autres effets n'étant pas significatifs.

Par ailleurs, l'étude menée par Brown (2007) constate également une utilisation significativement moindre d'analgésiques lorsque l'hypnose est utilisée, de même qu'un raccourcissement des phases 1 et 2. Elle présente en outre six cas d'utilisation de l'hypnose qui ont permis d'éviter une menace d'accouchement prématuré.

Enfin, une revue Cochrane (Smith 2006) a mis en évidence l'efficacité de plusieurs moyens complémentaires durant l'accouchement, parmi lesquelles l'hypnose. Cinq études intégrant les données concernant au total 749 femmes attestent que l'autohypnose limite l'utilisation des analgésiques pharmacologiques, péridurale comprise. En outre, en comparaison avec les groupes de contrôle, les femmes bénéficiant de l'hypnose ont été plus satisfaites de leur gestion de la douleur. Les auteurs admettent cependant que le nombre de femmes observées est encore trop faible.

VandeVusse L. et al. Hypnosis for childbirth: a retrospective comparative analysis of outcomes in one obstetrician's practice. *Am J Clin Hypn.* 2007 Oct; 50(2): 109-19.

Brown DC., Hammond DC. Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor. *Int J Clin Exp Hypn.* 2007 Jul; 55(3): 355-71.

Smith CA. et al. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Oct 18; (4): CD003521.

tion, sur la voix de la personne qui guide la transe, sur un point fixe ou sur le massage du partenaire; se rassembler, se concentrer, se focaliser sur sa douleur par exemple, être intensément avec son bébé ou être totalement ici et en même temps totalement ailleurs... Une porte s'ouvre.

Entrer en transe est le plus souvent décrit par l'hypnotisé comme *entrer «dans un autre sentir»*. Voilà qui est intéressant pour

l'analgésie. Roustang nomme ce phénomène en ces différents termes: perceptude, perception holiste, «ne plus sentir tout autant que sentir», la sensorialité première ou «le sentir partout à la fois». Il précise: «En nous immergeant dans le sentir sans réflexion, nous réapprenons la finesse et la perspicacité du sentir(...) Ce sentir propre au vivant est d'abord un laisser se mélanger toutes les données et ensuite une attente que tout retrouve sa place».

De ce fait, le symptôme, la douleur en l'occurrence, se retrouve d'emblée dans un nouveau champ plus vaste avec plus de possibilités pour se définir, se réinventer, et finalement se transformer. Il y a comme une redistribution des cartes qui est en jeu. La douleur peut s'agrandir et se diluer, se rétrécir, se fragmenter et même disparaître, devenir un feu d'artifice et de couleurs apportant de la force ou devenir une petite rivière qui se découvrira coulée de larmes, ou mille autres formes encore!

Un exemple parmi d'autres

Je me souviens de cette femme qui se plaignait d'une douleur insupportable, une brûlure vive qui résistait sur le côté droit à chaque contraction malgré une analgésie péridurale. Entrer en transe fut, pour elle, entrer dans cette douleur, s'y laisser absorber dans un premier temps, complètement. Définir, toucher, sentir, devenir cette brûlure, sentir l'appel de ce feu, là. L'intégrer. La présence soutenue à cette sensation amena le désir d'eau et les images d'une pluie bienfaisante firent leur apparition. Une pluie fine tout d'abord, avec son tambourinement sur le toit. Elle est sous les toits de ce chalet au mayen qu'elle connaît bien, qu'elle aime tant. Lui reviennent aussi les odeurs, autant celles du bois que de la pluie, de l'herbe un peu aussi, et la douceur de ce son régulier qui la berce un peu. A chaque contraction, elle y retournera. La douleur est toujours là, mais le feu s'est apaisé, il a trouvé sa place. L'imagination libérée avait fait son œuvre analgésique.

Entrer en transe est aussi souvent vécu et observé comme *une mise en mouvement*. Les sages-femmes le savent bien: le travail de la naissance procède d'une dynamique, d'un mouvement. Et, parfois, celui-ci peine: le moteur faiblit, ou alors le mobile fœtal s'engage mal, ne trouve pas le mouvement de spirale, le col ne s'ouvre plus, on parle de stagnation.

Les difficultés du travail sont associables à des arrêts du mouvement de la vie, à une fixité, à une rigidification de la circulation du vivant. Peur, crispation et tension sont bien connues en salle de naissance, et pour cause. La proposition du lâcher-prise ou du

mouvement est souvent à ce stade refusé par les parturientes et tout semble bloqué. Demandez à quelqu'un qui souffre de se détendre, il risque bien de vous regarder de travers! En transe, tout se passe comme si le lâcher-prise se faisait à son insu. En effet, il faut pouvoir s'appuyer sur quelque chose pour lâcher et vouloir ne suffit pas. Plonger, même quelques instants, dans cet état, c'est quitter la modalité du contrôle pour donner toute sa chance au mouvement de la vie. «La pratique de l'hypnose doit être comprise non comme une mise en conformité mais comme une mise en mouvement» (Roustang, p. 151).

Quelle posture pour la sage-femme?

Peut-être, y a-t-il, avec l'hypnose médicale, la possibilité de rendre visible quelque chose d'invisible. Un rôle professionnel qui n'a pas grand-chose à voir avec «être gentille avec la patiente» ou «tenir la main de la dame» mais un savoir relationnel riche et complexe où la plus grande liberté est de mise, celle de la créativité de l'instant: sans cesse renouvelée et, à coup sûr, étonnante. Signe que la vie y prend ses aises et ses droits!

Utiliser l'hypnose comme une corde à son arc dans sa pratique implique une exigence: mettre en évidence sa responsabilité dans la relation professionnelle et expliciter cette place dans le projet de soin.

Mais, au fil des trances, ce qui m'apparaît avec force aujourd'hui, c'est la nécessité d'accepter une certaine incertitude, et même de renoncer paradoxalement à tout projet pour la patiente, en l'occurrence pour la parturiente. Laisser le dialogue se faire et, d'image en image, avancer à l'aveugle, de sensations en sensations, laisser se présenter une solution à laquelle on ne s'attendait pas et que, de tout évidence, on n'avait pu prévoir. Oublier totalement à ce moment mon savoir de sage-femme, et dire avec le poète Christian Bobin: «Avec un peu de patience, j'aurais fait un assez bon idiot du village. C'est un métier que presque plus personne n'exerce: trop difficile, sans doute».

Un savoir-faire particulier assurément: soigner d'une main le corps vu par la médecine scientifique et de l'autre celui qui s'émeut et se meut. ◀

Références

- Bonvin Eric (2009): Nature et mouvements de la relation humaine. Médecine&Hygiène, coll. Hypnose5, 190 p.
- Bobin Christian (2003): Ressusciter. Folio, 163 p.
- Roustang François (2006): Savoir attendre. Pour que la vie change. Odile Jacob, 235 p.
- Salem Gérard (1997): Soigner par hypnose. Ling, 205 p.