UNIVERSITÉ DE LILLE
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU DE LILLE

DE L'HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU COUPLE EN CONTEXTE D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Mémoire rédigé et soutenu par
Léa CUSUMANO

Sous la direction de
Mr le Docteur Karim BOURZOUFI

Promotion Maïa
2015-2020

REMERCIEMENTS

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes qui m'ont soutenue lors de l'élaboration de ce mémoire, et plus particulièrement :

Au Docteur Karim Bourzoufi, pour la direction de ce travail. Merci pour votre temps, vos conseils avisés et votre enseignement,

Aux sages-femmes enseignantes qui m'ont accompagnée dans ce projet,

À Danielle Lelaidier, pour m'avoir fait découvrir son exercice, m'avoir ouvert les portes de son cabinet et avoir cru en moi. Sans vous, rien n'aurait été possible,

Au Docteur Christophe Lelaidier, pour sa disponibilité et son aide,

Aux patient(e)s qui ont accepté de partager leur histoire et leurs sentiments,

À Hubert, pour avoir fait naître ma curiosité envers l'hypnose,

À tou(te)s les sages-femmes inspirant(e)s que j'ai pu rencontrer au cours de mon cursus d'étudiante, pour avoir fait germer en moi la sage-femme que je serai demain,

À mon père et Béné, pour les heures innombrables passées à me relire, et pour leur soutien à toute épreuve,

À Mourad, pour son implication dans la relecture de ce travail,

À Alice, pour sa patience, et pour avoir été mon sas de décompression durant ces dix dernières années,

Et enfin, à Nadir, pour absolument tout.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

PREMIÈRE PARTIE 3

- I -
L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION :
UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES COUPLES 5

1.1. DÉFINITIONS 5
1.2. CADRE JURIDIQUE 6
1.3. UNE PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITÉ… 7
Démarche diagnostique 7
Principales techniques d'assistance médicale à la procréation 8
1.4. …ET DE SES RÉPERCUSSIONS ÉMOTIONNELLES 9
Une demande des usagers 9
Une prise en charge globale 9
1.5. PLACE DE LA SAGE-FEMME 10

- II -
L'HYPNOSE MÉDICALE :
EXPANSION D'UNE DISCIPLINE EMPREINTE DE PRÉJUGÉS 12

2.1. QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ? 12
Concrétisation 12
De la transe spontanée à l'hypnose thérapeutique 13
2.2. UN OUTIL THÉRAPEUTIQUE 14
La communication hypnotique 14
Un outil thérapeutique plutôt qu'un métier… 15
…qui séduit de plus en plus les professionnels de santé 15
Applications en gynécologie-obstétrique 16
Contre-indications 17
2.3. UNE PRATIQUE SCIENTIFIQUE 18
De Mes(s)mer à l'hypnose médicale d'aujourd'hui 18
Objectivation scientifique 20
2.4. POUR RÉSUMER 21

- III -
HYPNOSE ET ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION 23

3.1. HISTOIRE D'UNE RENCONTRE 23
3.2. CONTEXTE ACTUEL 24
3.3. L'EXEMPLE DE MONTPELLIER 25

- IV -
MATÉRIEL ET MÉTHODE 28

4.1. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS 28
Problématique de l'étude 28
Objectifs de l'étude 28
4.2. HYPOTHÈSES 29
4.3. PRÉSENTATION 29
Type d'étude 29
Lieu de l'étude 29
Période de l'étude 29
4.4. CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON 30
Choix de la population 30
Recrutement de la population 30
Flow chart 31
4.5. OUTIL DE RECHERCHE 31
Entretiens semi-directifs 31
Guide d'entretien 31
Modalités d'analyse des entretiens 31

- V -
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS 32

5.1. PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON 32
5.2. VÉCU DE L'INFERTILITÉ ET DU PARCOURS D'AMP 33
L'infertilité, une épreuve à surmonter 33
La procréation médicalement assistée, un parcours du combattant 34
Des retentissements multiples sur la vie des couples 34
5.3. EXPÉRIENCE DE L'HYPNOSE EN AMP 34
La perception de la pratique 34
Un travail sur soi-même 35
Le confort et la qualité de vie 37
La participation active 39
La prise en charge médicale 40
L'accompagnement de la grossesse et de la parentalité 41
Axes d'amélioration de l'accompagnement par l'hypnose 42
5.4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS 43

TROISIÈME PARTIE 46

- VI -
ANALYSE ET DISCUSSION 47

6.1. POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE L'ÉTUDE 47
Points faibles de l'étude 47
Points forts de l'étude 48
6.2. UNE PRATIQUE BIEN ACCEPTÉE DANS CE CONTEXTE PARTICULIER 49
Des patients parfois réticents au premier abord… 49
… mais une pratique bien acceptée dans ce contexte particulier 49
6.3. AMÉLIORER LE CONFORT ET LE VÉCU DES COUPLES 50
Améliorer le vécu de l'infertilité 50
Accompagner au mieux et prendre soin 52
Apaiser les retentissements sur le couple 53
Aider à la gestion des contraintes professionnelles et sociales 54
6.4. PERMETTRE AU COUPLE DE SE SENTIR ACTEUR 56
Agir pour sa prise en charge et s'investir 56
"Faire un enfant" 57
6.5. OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE 58
Apporter du confort durant les gestes 58
Proposer une alternative à l'anesthésie générale lors de la ponction d'ovocytes 59
Potentialiser la réussite ? 60
L'avantage de la balance bénéfices/risques 60
6.6. ACCOMPAGNER LA GROSSESSE À L'ISSUE DU PARCOURS 61
Accompagner la grossesse à l'issue d'une procréation médicalement assistée 61
Se projeter dans la parentalité 62
6.7. SATISFACTION GLOBALE ET AXES D'AMÉLIORATION 63

- VII -
PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS 65

7.1. VERS UNE EXTENSION DE LA PRATIQUE ? 65
L'impact économique 65
L'impact pour les équipes de soins 66
7.2. D'AUTRES ÉTUDES À MENER 66
7.3. PROPOSITIONS POUR LA PRISE EN CHARGE GLOBALE EN AMP 67
La prise en charge médicale 67
L'accompagnement 68
Proposition d'un protocole 68

CONCLUSION 69

BIBLIOGRAPHIE 70

ANNEXES I

Annexe 1 : LES PRINCIPALES CAUSES D'INFERTILITÉ II
Annexe 2 : QUELQUES OUTILS EN COMMUNICATION HYPNOTIQUE III
Annexe 3 : LES INDICATIONS DE L'HYPNOSE IV
Annexe 4 : EXEMPLES DE SÉANCES D'HYPNOSE FORMELLE V
Annexe 5 : LE PROTOCOLE HYPNOFIV VI
Annexe 6 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT « PARTICIPATION À L'ÉTUDE » VII
Annexe 7 : DEMANDE D'AUTORISATION POUR DIFFUSION D'UNE ENQUÊTE VIII
Annexe 8 : GUIDE D'ENTRETIEN IX
Annexe 9 : SYNTHÈSES DES ENTRETIENS XI
Annexe 10 : EXEMPLE D'UN ENTRETIEN XXIII
Annexe 11 : RÉSULTATS RELATIFS AU VÉCU DE L'INFERTILITÉ ET DU PARCOURS XXVIII
Annexe 12 : PROPOSITION D'UN PROTOCOLE DE SERVICE XXXIII

ABRÉVIATIONS

AMH	Anti-müllerian hormone
AMP	Assistance médicale à la procréation
CFHTB	Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves
CH	Centre hospitalier
DU	Diplôme universitaire
FCS	Fausse couche spontanée
FIV	Fécondation in vitro
FSH	Follicle stimulating hormone
GEU	Grossesse extra-utérine
IADE	Infirmier-anesthésiste diplômé d'État
ICSI	Intracytoplasmic sperm injection
IMSI	Intracytoplasmic morphologically selected sperm injection
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IST	Infection sexuellement transmissible
LH	Luteinising hormone
OATS	Oligo-asthéno-tératospermie
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMA	Procréation médicalement assistée
PNP	Préparation à la naissance et à la parentalité
RH	Ressources humaines
SA	Semaines d'aménorrhée
SOPK	Syndrome des ovaires polykystiques
TSH	Thyroid-stimulating hormone

INTRODUCTION

Aujourd'hui, en France, un couple sur cinq consulte un professionnel de santé pour des difficultés liées à la conception d'un enfant, et une naissance sur trente fait suite à une assistance médicale à la procréation (AMP) [1].

En Angleterre, en 1978, Louise BROWN est le premier bébé à naître d'une fécondation in vitro (FIV). Depuis, l'AMP permet de répondre en partie au problème que constitue l'infertilité.

Les couples concernés semblent de plus en plus nombreux, notamment en raison de certains facteurs environnementaux (pollution atmosphérique, perturbateurs endocriniens, …) et comportementaux (tabagisme, alimentation déséquilibrée, …) qui influent directement sur la fertilité. Par ailleurs, on constate un recul de l'âge des femmes qui désirent concevoir leur premier enfant (26,5 ans en 1977 contre 30,4 ans en 2016[1]). Au total, c'est un couple sur dix qui nécessite réellement une AMP pour devenir parent [2,3,4].

Ainsi, j'ai eu de nombreuses occasions de rencontrer, durant mon parcours d'étudiante sage-femme, des couples y ayant eu recours. Le vécu de cette période semblait les marquer profondément, y compris lorsque l'issue avait été favorable. Au cours de la grossesse, de la naissance ou du post-partum, ce parcours restait ancré dans leur esprit malgré l'arrivée imminente ou récente de leur nouveau-né.

En effet, les répercussions dans leur vie affective, intime, sociale ou professionnelle sont multiples. En 2019, l'enquête *« Vécu et perceptions du parcours en AMP en France »* menée par Ipsos met en évidence les conséquences physiques et émotionnelles que ressentent ces couples, oscillant entre espoir et angoisse, ainsi que la complexité de leur prise en charge globale [5].

Dans le même temps, de plus en plus de professionnels de santé de tous corps de métier se forment à l'hypnose, notamment conversationnelle. L'hypnose permet d'accompagner le patient par la parole dans un état naturel au cours duquel son attention au monde extérieur est modifiée ; l'objectif étant qu'il puisse mobiliser ses propres ressources à bon escient, et agir sur ses perceptions et émotions négatives telles que la douleur, le stress, la peur, la tristesse, le découragement, … Autant d'émotions que les couples en contexte de procréation médicalement assistée sont susceptibles de ressentir.

[1] Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2016

L'hypnose pourrait-elle alors avoir sa place dans les services d'AMP ? Pourrait-elle améliorer le confort des couples, et, par conséquent, avoir un impact positif sur leur vécu tout au long du parcours ? Pourrait-elle apporter une plus-value dans la prise en charge globale, de la première consultation pour infertilité à la naissance de l'enfant ?

Ce mémoire aura pour vocation d'amorcer une réflexion autour de ces problématiques.

Dans un premier temps, nous exposerons le contexte de l'étude : après avoir précisé la prise en charge globale en AMP, ainsi que le rôle de la sage-femme dans ce contexte, nous introduirons de manière simple et concrète l'hypnose médicale, puis nous nous intéresserons à son histoire et sa place actuelle dans la procréation médicalement assistée (PMA).

La deuxième partie aura pour objectif de présenter notre étude qualitative menée auprès de femmes et d'hommes en situation d'infertilité, et ayant fait l'expérience de l'hypnose durant leur parcours.

Pour terminer, nous analyserons les résultats obtenus, et mènerons une discussion à partir d'hypothèses portant sur l'intérêt de l'hypnose pour les couples en contexte d'AMP, ainsi que sur ses perspectives.

Future sage-femme et soucieuse du bien-être des femmes enceintes et de leur partenaire dans le processus de parentalité, je me suis intéressée de près au sujet très actuel de la PMA. En effet, dès mes premiers stages, j'ai constaté les enjeux de l'accompagnement particulier de cette démarche, mais aussi de la grossesse, de la naissance et du post-partum, pour ces futurs parents en contexte d'infertilité, de plus en plus nombreux.

Un médecin hypnothérapeute ayant éveillé ma curiosité pour sa pratique il y a plus de dix ans, je me suis formée en parallèle de mon cursus en maïeutique pour obtenir mon certificat de praticienne en hypnose en avril dernier. Si l'hypnose est plutôt connue en gynécologie-obstétrique dans le cadre de la préparation à la naissance et à la parentalité, ou dans la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement, je me suis rapidement interrogée sur son application dans la problématique de l'infertilité.

Accompagnée dans ce projet par des professionnels de santé spécialisés, j'ai souhaité présenter simplement l'hypnose au travers de cet écrit, et apporter une réflexion sur son utilisation dans la prise en charge en assistance médicale à la procréation.

PREMIÈRE PARTIE

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

« L'enfant commence en nous bien avant son commencement.
Il y a des grossesses qui durent des années d'espoir, des éternités de désespoir »

Marina Tsvetaïeva

- I -

L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION : UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES COUPLES

1.1. DÉFINITIONS

L'**infertilité** peut se définir comme l'incapacité pour un couple de concevoir un enfant[2] ou d'obtenir une naissance vivante souhaitée après une année de rapports sexuels réguliers, en l'absence de toute contraception[3]. Cette définition englobe les situations de **stérilité** (environ 6% des couples) sans espoir de conception spontanée, et celles d'**hypofertilité**, pour lesquelles la **fécondabilité**[4] est réduite mais non nulle. L'infertilité est un état qui ne peut se repérer que par les tentatives infructueuses pour mener une grossesse. On peut distinguer l'**infertilité primaire**, signifiant qu'aucun enfant n'est né du couple concerné, de l'**infertilité secondaire** [2,3].

D'après l'article L2141-1 du code de la santé publique, l'**assistance médicale à la procréation** regroupe les « *pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, ainsi que le transfert d'embryons et l'insémination artificielle* ». Cette définition exclut de fait tout acte ne relevant pas de la manipulation de gamètes, or, la stimulation ovarienne simple, par exemple, constitue un traitement de première intention dans l'infertilité du couple [6]. Par ailleurs, dans le dictionnaire[2], l'AMP se définit simplement comme « *l'ensemble des techniques permettant à un couple infertile de concevoir un enfant* ». Par extension, dans le langage courant, l'AMP désigne généralement la prise en charge médicale de l'infertilité.

Dans ce mémoire, nous l'envisagerons comme la médecine de l'infertilité et ses techniques.

Dans cette démarche, l'histoire personnelle de chaque couple est examinée au sein d'une équipe pluridisciplinaire, en vue d'une **prise en charge globale** adaptée [6]. Cette approche du patient se veut personnalisée, et prend en compte ses différents facteurs médicaux, psychologiques[5] et sociaux. Elle suppose un travail en interdisciplinarité et une concertation entre les différents intervenants de la prise en charge. La participation active du patient y est essentielle. Elle met également l'accent sur l'information, la prévention, et l'éducation pour la santé [7]. La prise en charge globale du couple nécessitant une AMP peut s'étendre de la première consultation pour infertilité jusqu'à la fin du post-partum en cas de succès de la technique.

---

[2] D'après l'Encyclopédie Larousse en ligne

[3] D'après l'OMS

[4] Probabilité de concevoir à chaque cycle menstruel. En France, elle varie autour de 25% et diminue dès l'âge de 30 ans [8].

[5] Psychologique au sens émotionnel et comportemental, ne fait pas uniquement référence aux aspects psychopathologiques

1.2. CADRE JURIDIQUE

À l'heure actuelle, l'AMP est accessible à tout couple hétérosexuel en âge de procréer, engagé dans un projet parental, sans condition de statut juridique ou de stabilité de l'union, et se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- Le couple ou l'un des membres présente une stérilité ou infertilité pathologique médicalement constatée[6], dont la cause (*Annexe* 1) est retrouvée ou non.
- L'un des membres du couple est porteur d'une maladie d'une particulière gravité, susceptible d'être transmise au conjoint[7] ou à l'enfant[6]

L'AMP peut également impliquer une tierce personne par le biais du don de gamètes (ovocyte, spermatozoïde) ou d'embryons[8], en prenant soin de répondre aux principes d'anonymat, de gratuité et de consentement.

Il est à noter que les actes réalisés dans le cadre de la procréation médicalement assistée sont intégralement pris en charge par l'assurance-maladie jusqu'au quarante-troisième anniversaire de la femme, et ce dans la limite de six inséminations intra-utérines (IIU) et quatre FIV pour une naissance [9].

Aussi, depuis septembre 2019, la loi de bioéthique est en cours de révision. Le 4 février 2020, le Sénat a adopté, en première lecture, le projet remanié suivant : la PMA serait étendue aux femmes célibataires et aux couples de femmes, mais son remboursement par la sécurité sociale resterait limité à l'infertilité constatée. L'interdiction du double don de gamètes serait par ailleurs maintenue, et la levée systématique de l'anonymat des donneurs dans le cadre du droit d'accès aux origines, rejetée. À ce jour, le texte est en seconde lecture à l'Assemblée Nationale.

Dans cet écrit, nous évoquerons la prise en charge de l'infertilité constatée (y compris idiopathique[9]) au sein du couple hétérosexuel, selon la législation en vigueur en France à la rédaction de ce mémoire, et n'aborderons pas les techniques destinées à éviter la transmission d'un risque infectieux ou génétique grave.

---

[6] D'après la loi n°94-654 du 29 juillet 1994

[7] D'après la loi n°2004-800 du 06 août 2004 relative à la bioéthique

[8] Si le double don est interdit en France, un couple peut en revanche recevoir un embryon surnuméraire issu de la FIV d'un autre couple. On parle alors d'adoption anténatale.

[9] Indique un symptôme à priori sans lien avec une autre maladie, ou auquel on n'a pu attribuer aucune cause.

1.3. UNE PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITÉ…

Démarche diagnostique [10,11]

Première consultation pour infertilité

- **Interrogatoire des membres du couple :** âge, durée d'infécondité, fréquence et qualité des rapports sexuels, contraception antérieure, histoire individuelle et du couple, infertilité primaire ou secondaire, antécédents médicaux, traitements médicamenteux, indice de masse corporelle, histoire des cycles, signes fonctionnels, vaccinations, …
- **Examen clinique :** recherche d'une hyperandrogénie clinique, de signes d'hypo ou d'hyperoestrogénie, examen clinique global et pelvien
- **Examens paracliniques :** réalisation d'un frottis cervico-utérin, d'un bilan sérologique et des vaccinations nécessaires

Bilan non orienté

- **Échographie pelvienne et endovaginale :** elle permet d'apporter des informations anatomiques et fonctionnelles. Elle est effectuée entre J2* et J5 afin d'évaluer le stock folliculaire, puis à J12 afin de vérifier la préparation de l'ovulation. *(*J0 : 1er jour des règles)*
- **Courbe de température (ou achat de test d'ovulation) :** la température corporelle augmente d'environ trois dixièmes dès l'ovulation en raison de la progestérone.
- **Le test post-coïtal de Hühner :** de moins en moins utilisé, il permet d'affirmer le caractère complet des rapports sexuels du couple, d'analyser la glaire cervicale et de quantifier puis étudier le comportement des spermatozoïdes.

Bilan féminin

- **Dosages hormonaux par bilan sanguin :** FSH, oestradiol, AMH, progestérone, TSH et autres selon orientation…
- **Biopsie d'endomètre :** après l'ovulation, cette intervention consiste à prélever une petite partie de muqueuse utérine à l'aide d'une pipelle de cornier afin de déterminer la qualité de l'ovulation et de la muqueuse.
- **Hystérosalpingographie :** ce test permet de mettre en évidence la perméabilité des trompes, d'éventuelles anomalies anatomiques de la cavité utérine, ainsi que des synéchies grâce à l'injection d'un produit radio-opaque à travers le col utérin et à l'observation du trajet de ce liquide.
- **Bilan anatomique en imagerie :** scanner, IRM, …

Bilan masculin

- **Spermogramme :** on y étudie le volume, le nombre, l'intégrité, la mobilité ainsi que la viabilité des spermatozoïdes.
- **+/- Examens complémentaires :** spermoculture, échographie des organes génitaux, dosages hormonaux, caryotype, …

Consultation d'annonce

- **Annonce du diagnostic** ou de son absence (10%), **discussion de prise en charge et stratégie thérapeutique.**

+/- Prescription d'un bilan anatomique sous anesthésie générale si suspicion non documentée, absence de cause retrouvée et souhait de la patiente, et/ou échec de trois inséminations intra-utérines : coelioscopie, hystéroscopie diagnostique, fertiloscopie.

Principales techniques d'assistance médicale à la procréation [11,12]

L'insémination intra utérine (IIU) est la technique d'AMP la plus simple et la moins coûteuse. Une stimulation ovarienne à faible dose chez la femme est généralement réalisée au préalable, accompagnée d'un monitorage de l'ovulation permettant de surveiller échographiquement et biologiquement le degré de maturité folliculaire, d'adapter le traitement et de prévoir le jour de l'insémination. Le sperme du conjoint ou du donneur sera alors recueilli, préparé puis déposé à l'intérieur de la cavité utérine. Il s'agit d'un geste simple, rapide et sans douleur. La fécondation se fait ensuite de manière naturelle.

La fécondation in vitro (FIV) concerne, dans la plupart des cas, les gamètes des deux conjoints. Elle peut aussi être réalisée avec gamètes de donneur. Elle se fait en plusieurs étapes :

- La stimulation ovarienne : la femme suit un traitement par injections avec pour objectif d'obtenir des follicules matures dont la croissance est contrôlée par monitorage de l'ovulation, plusieurs fois au cours du cycle. En parallèle, la commande hypothalamo-hypophysaire est bloquée afin d'éviter que l'ovulation ne se produise spontanément. Une fois les follicules arrivés à maturation, l'injection en dose unique d'une autre hormone appelée choriogonadotropine-alpha permet de rendre les ovocytes fécondables en mimant l'action de la luteinising hormone (LH)[10].

- La ponction d'ovocytes : elle doit avoir lieu précisément 36 heures après cette injection. La ponction se réalise par voie transvaginale grâce à un échoguidage, sous anesthésie générale le plus souvent, ou locale. Elle consiste, à l'aide d'une aiguille, à aspirer le contenu liquidien des follicules qui sera ensuite transmis au laboratoire afin d'en isoler les ovocytes.

- La fécondation : elle a alors lieu en dehors de l'organisme de la femme, d'où le terme *« in vitro »*, en opposition à *« in vivo »*. Elle peut être conventionnelle, ICSI[11] ou IMSI[12]. La ***FIV conventionnelle*** consiste à déposer les spermatozoïdes préalablement préparés au contact des ovocytes et de les laisser se rencontrer, le tout dans un incubateur chauffé à 37°C. Pour une ***FIV ICSI***, un spermatozoïde est directement injecté dans l'ovocyte avec soin, sous contrôle microscopique. La ***FIV IMSI*** repose sur le même principe que la FIV ICSI, mais le spermatozoïde est préalablement étudié morphologiquement à fort grossissement et choisi avec précaution.

- Le transfert d'embryon : il peut avoir lieu jusqu'au 5ème jour suivant la fécondation selon les centres. En position gynécologique, un cathéter est inséré dans l'utérus de la femme en prenant soin de ne provoquer ni saignement ni contraction utérine. L'embryon est alors minutieusement déposé au fond de la cavité sous échoguidage. Les embryons non transférés peuvent être congelés afin d'être utilisés ultérieurement.

---

[10] Hormone lutéinisante (LH) : elle est notamment l'hormone de l'ovulation.

[11] ICSI : injection intra-cytoplasmique directe d'un spermatozoïde

[12] IMSI : injection intra-cytoplasmique directe d'un spermatozoïde morphologiquement choisi à fort grossissement

1.4. …ET DE SES RÉPERCUSSIONS ÉMOTIONNELLES

Une demande des usagers

88% des personnes interrogées lors de l'enquête *« Vécu et perceptions du parcours en AMP en France »* menée par Ipsos en 2019 se disent satisfaites des soins médicaux réalisés en AMP. En revanche, elles soulignent un trop peu d'informations concernant les aides et soutiens disponibles, ainsi qu'un manque d'orientation vers des professionnels accompagnants [5].

Par ailleurs, certains regroupements d'usagers ont vu le jour. Le collectif BAMP, par exemple, est une association collégiale ayant pour ambition de regrouper des personnes concernées par l'infertilité et désirant agir pour améliorer sa prise en charge en France, ainsi que sa perception par la société. Sur son blog, on peut lire un manifeste développant une cinquantaine de propositions, dont « *systématiser la mise en place d'une prise en charge plus globale, couplant les techniques d'AMP de pointe avec les médecines complémentaires et les accompagnements psychologiques* » [13].

Une prise en charge globale

Les retentissements de l'infertilité et du parcours d'AMP sont **physiques** (douleur, fatigue), mais aussi **psychiques** (culpabilité, stress), **affectifs** (difficultés au sein du couple, notamment sexuelles), **sociaux** (impact sur la vie professionnelle, isolement, regard et pression de la société, de l'entourage) et ce, que l'issue soit favorable ou non [5].

La prise en charge de ces couples ne saurait alors se limiter aux seuls aspects médicaux et se doit d'être globale [14,15]. À cet égard, on peut envisager de prendre soin de ces patientes et patients, notamment, par le biais d'un accompagnement personnalisé, mettant l'accent sur l'information et le soutien, la mobilisation et le développement d'aptitudes et ressources propres permettant de faire face à la situation et aux éventuels échecs.

Dans le cadre de l'AMP, **l'accompagnement auprès des couples** peut s'effectuer à plusieurs niveaux, et par plusieurs professionnels de santé, en interdisciplinarité :

- En première ligne, l'équipe gynécologique et médicale, dont la sage-femme, s'applique à mettre l'accent sur la transmission d'informations et l'identification de ceux à risque émotionnel.

- Le deuxième niveau consiste à aborder, avec des praticiens formés, la gestion du stress, le désir d'enfant, la sexualité, le vécu de l'infertilité et des soins, … Il s'agit d'encourager à prendre soin de soi et de l'autre, d'apaiser certains symptômes comme la douleur, et de donner la possibilité de se sentir acteur du processus [15]. Là aussi, la sage- femme peut jouer un rôle essentiel.

- Enfin, un suivi psychologique, psychothérapeutique voire psychiatrique peut être mis en place en lien avec un spécialiste si nécessaire.

1.5. PLACE DE LA SAGE-FEMME

Selon le décret n°2012-885 du 17 juillet 2012, la sage-femme hospitalière peut concourir aux activités d'AMP, réalisées avec ou sans tiers donneur, ainsi qu'aux activités de dons de gamètes et d'accueil d'embryon. À ce titre, elle exerce au sein des centres d'AMP implantés dans les établissements de santé, publics ou privés, autorisés à pratiquer ces activités. La sage-femme libérale peut également participer aux activités cliniques d'AMP lorsqu'elle intervient en tant que tiers extérieur, dans le cadre d'une convention signée avec le centre.

Le rôle de la sage-femme en AMP est essentiel.

Dans le cadre de la stimulation ovarienne :

- Elle réalise la surveillance échographique de la réponse ovarienne au traitement.
- Elle met en œuvre le protocole de prise en charge établi par le médecin, prescrit et réalise les examens nécessaires, contrôle l'observance des traitements.

Dans le cadre des gestes médicaux (ponction d'ovocytes, transfert d'embryon, …) :

- Elle réalise les échographies.
- Elle rassure la patiente, le couple, gère la peur et l'angoisse, détend l'atmosphère, apaise, veille au confort.
- Elle interprète les bilans sanguins, suit la cinétique des dosages de béta-HCG, et les explique au couple.
- Elle surveille les suites après intervention, et oriente si nécessaire.

Dans le cadre d'un don :

- Elle gère le suivi clinique, biologique et échographique de la donneuse d'ovocytes.
- Elle intervient dans la procédure d'accueil d'embryon par un couple tiers.

Tout au long du parcours :

- Elle adopte une démarche d'éducation pour la santé, de prévention.
- Elle accompagne les couples sur le plan psycho-affectif : elle écoute, gère les angoisses, rassure, apaise, établit une relation privilégiée, de confiance.
- Elle est l'interlocutrice de premier recours, notamment par téléphone.
- Elle participe aux entretiens, informe et reçoit les couples au cours de consultations spécifiques.

Du point de vue administratif :

- Elle assure un rôle de coordination, de gestion, régule l'activité, programme les rendez-vous, organise les suivis.
- Elle contrôle les documents nécessaires, gère les dossiers, réalise l'identitovigilance.
- Elle participe à l'évaluation des activités du centre et s'investit dans la démarche qualité.

« Les médicaments les plus efficaces pour l'Homme sont les mots. »
Rudyard Kipling

- II -

L'HYPNOSE MÉDICALE : EXPANSION D'UNE DISCIPLINE EMPREINTE DE PRÉJUGÉS

2.1. QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ?

Concrétisation

Bien qu'elle soit entrée dans le champ des disciplines médicales, les préjugés concernant l'hypnose persistent dans les esprits. En effet, ce terme est source de fantasmes, et évoque pour beaucoup l'emprise, la perte de contrôle ou encore la manipulation. Si ces inquiétudes naissent dans l'histoire de la discipline ou dans les « spectacles » destinés à impressionner le public, les intérêts thérapeutiques de l'hypnose sont aujourd'hui de plus en plus reconnus [16].

Le mot *« hypnos »* signifie *« sommeil »* en grec, mais l'hypnose n'entraine pas d'état d'endormissement : il s'agit plutôt d'un état de conscience particulier, c'est à dire un état de veille, mais où les choses sont perçues différemment.

En pratique, on peut se référer à la définition de la British Medical Association datant de 1955 : *« l'hypnose est un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne, et dans lequel différents phénomènes peuvent apparaître spontanément, ou en réponse à divers stimuli verbaux ou autres [...]* » [17].

Pour illustration, **l'état d'hypnose spontané** peut se rencontrer dans la vie quotidienne. Au volant de votre voiture, lors d'un moment d'égarement, sur un morceau de musique ou dans vos pensées, vous êtes parfois si emporté que l'environnement s'estompe autour de vous, et vous poursuivez votre chemin, arrivez à destination, sans vraiment savoir comment, et avec l'impression d'avoir été plus ou moins absent. Ou encore, devant un film, vous vous surprenez à ressentir de vives émotions, complètement absorbé par la scène, et parfois à compatir pour des personnages qui ne sont que fictifs. Les enfants expérimentent également fréquemment cet état de rêverie, et ont une capacité naturelle à « être dans la lune »…

L'hypnose, en tant que discipline thérapeutique, permet de reproduire de manière intentionnelle cet état avec un objectif précis, rendant possible :

- L'exploration par le sujet de ses propres perceptions, permettant la modification de ses représentations négatives, et, par extension, de son vécu d'une maladie ou d'une épreuve [17].
- La mobilisation de ses propres ressources internes, en vue de corriger un problème ou de diminuer, voire faire disparaître le ressenti du symptôme [16].
- La participation active, en mettant à contribution l'imagination et la créativité.

De la transe[13] spontanée à l'hypnose thérapeutique

La **transe négative** est le résultat de la focalisation de l'attention sur un souvenir désagréable ou un avenir menaçant, une peur, une douleur, une angoisse… Il s'agit d'une transe d'alerte, dans laquelle le sujet s'isole de son environnement extérieur, pour ne se fixer que sur son émotion négative, risquant ainsi de l'amplifier.

La **transe positive ou créative** correspond, elle, à l'attention portée sur un souvenir agréable, un lieu de confort, la mobilité, la souplesse, et permet un accès aux ressources adaptatives du patient selon sa situation [18].

L'hypnose thérapeutique permet d'induire une transe positive chez le patient, notamment par le biais de la focalisation, de l'imagination et de la synchronisation praticien-sujet, dans un contexte de confiance et de sécurité.

Exemple : Une patiente hyperalgique en début de travail se présente aux urgences obstétricales, concentrée sur ses contractions utérines (transe négative spontanée). Le professionnel de santé formé à l'hypnose peut alors l'accompagner dans une transe positive et créative (exemple : imaginer se trouver sur une plage de sable fin), et lui permettre de trouver ses propres ressources afin de s'adapter à la douleur et/ou en diminuer sa perception (exemple : l'enterrer dans le sable). Le sujet est libre d'aller où il veut par le biais de son imagination, et d'agir comme bon lui semble.

Pour cela, il existe différents types d'hypnose :

- **L'hypnose directive**, très peu utilisée dans le cadre médical, elle se rapproche de l'hypnose de spectacle. Seul le praticien s'exprime, et le fait sous forme d'injonctions.

- **L'hypnose permissive ou ericksonienne**[14], caractérisée par une approche plus souple et indirecte. Le praticien s'adapte au sujet, l'observe, est à l'écoute. Cette hypnose s'appuie notamment sur l'utilisation de suggestions[15] souvent indirectes[16]. Elle peut être :
  - ***Formelle*** : la personne sait qu'elle va être sous hypnose. Le praticien utilise une induction en fixant l'attention du sujet et la concentration de sa pensée sur un élément, puis réalise une séance personnalisée selon l'objectif.
  - ***Conversationnelle*** : elle a pour but de mobiliser l'inconscient du sujet par le biais de la conversation, et s'appuie sur l'utilisation d'une communication hypnotique.

- **L'autohypnose**, état dans lequel le sujet peut se trouver de manière naturelle à un moment donné (transe ou état d'hypnose spontané), ou provoquée dans un but thérapeutique, par l'écoute de séances audio adaptées, par exemple, ou en autonomie après s'y être entraîné.

---

[13] La transe est un état naturel qui résulte de la focalisation de l'attention du sujet sur un élément [18].

[14] En référence à Milton H. ERICKSON

[15] La suggestion est la capacité à faire naître une idée, une image ou un sentiment dans l'esprit du sujet sans l'imposer.

[16] Par le biais d'évocations, d'associations, d'images, de métaphores…

2.2. UN OUTIL THÉRAPEUTIQUE

La communication hypnotique [19,20]

La communication se définit comme un échange, une forme d'expression qui peut être **verbale** (les mots), **paraverbale** (le ton, le rythme) ou **non verbale** (l'attitude, la gestuelle).

La **communication hypnotique** est l'art d'adopter, dans le cadre de l'hypnose, un langage particulier, certains mots ou tournures de phrases, ainsi qu'une attitude ayant pour objectif de capter l'attention du patient, de renforcer sa transe, de créer des émotions positives et stimuler sa créativité. Cette communication peut s'opérer dans le cadre d'une séance d'hypnose formelle, mais aussi au quotidien, comme outil thérapeutique dans les soins au patient, sous forme d'hypnose conversationnelle. Elle s'apparente alors à de « l'hypnose invisible ».

La **communication verbale** en hypnose est particulière. Sa première caractéristique consiste à bannir les mots *nocebos*[17], désagréables pour le patient, qui ne va se concentrer que sur eux et les interpréter : problème, risque, douleur, froid, peur… Par ailleurs, en état de transe ou de concentration, le cerveau fait abstraction de la négation. Si je vous dis de ne pas penser à un éléphant rose, à quoi allez-vous penser… ? Il s'agit donc d'utiliser préférentiellement des phrases simples et positives, et de choisir des mots neutres ou évoquant quelque chose d'agréable, de rassurant.

Phrases négatives et mots nocebos :	*Phrases positives et mots placebos :*
N'ayez pas peur, ne vous inquiétez pas.	*Rassurez-vous.*
Ne bougez pas. Il n'y a pas de risque.	*Vous pouvez rester tranquille. Tout va bien se passer.*
Vous n'avez pas froid ? / Cela va être froid.	*Vous avez assez chaud ? / Cela peut être un peu frais.*
Êtes-vous encore douloureux ? / Cela va faire mal.	*Êtes-vous plus confortable ? / Cela peut être inconfortable.*
Que faites-vous d'habitude lorsque vous êtes angoissé ?	*Comment faites-vous habituellement pour vous détendre ?*

La communication hypnotique verbale s'appuie également sur l'utilisation de suggestions, de métaphores, et d'autres outils propres à l'hypnose (*Annexe* 2). Par ailleurs, les canaux sensoriels (VAKOG)[18] sont explorés dans la communication afin d'approfondir l'état de transe.

La **communication paraverbale** en hypnose nécessite un rythme ralenti de paroles, un pacing[19] ou mirroring respiratoire, un timbre de voix plutôt bas afin de transmettre plus d'émotions, des pauses pour laisser agir l'imaginaire du patient, ainsi qu'un saupoudrage, c'est-à-dire une accentuation des mots à connotation positive.

---

[17] À l'inverse de l'effet *placebo* qui soulage, l'effet *nocebo* provoque des symptômes désagréables.

[18] VAKOG = acronyme pour désigner les cinq sens : visuel, auditif, kinesthésique, olfactif, gustatif.

[19] Le pacing correspond au fait de parler en synchronisation avec le rythme respiratoire du sujet, sur sa phase d'expiration.

Dans la **communication non verbale**, il est essentiel d'observer le patient afin de s'adapter à lui. Il est question de respiration, de gestuelle, de posture, de regard. À ce titre, le soignant peut adopter une « position haute » lorsque, par exemple, le patient a besoin d'être rassuré par les compétences, la maîtrise ou l'expertise. À l'inverse, on peut privilégier une « position basse » dès qu'un choix peut être laissé au patient, afin qu'il se sente acteur du soin.

Un outil thérapeutique plutôt qu'un métier…

Si dans certains pays comme la Belgique, la Suède ou Israël, la pratique de l'hypnose est limitée aux professions de santé, tout le monde peut obtenir un titre d'hypno-praticien en France. En effet, certaines formations ne sont ouvertes qu'aux soignants et psychologues, mais d'autres s'adressent à tout type de public. Pourtant, selon le contexte et l'indication, le niveau en hypnose du praticien ne suffit pas toujours à la maîtrise de la problématique qui lui est présentée. Les bases dans le domaine du soin et du relationnel sont souvent essentielles. On peut alors dire que la pratique de l'hypnose s'inclut dans un métier, mais n'en est pas un à part entière. On peut la considérer comme un outil supplémentaire dans la palette des pratiques de soins, notamment par le biais de la communication hypnotique avec le patient, à condition d'en connaître les enjeux et les limites [21].

…qui séduit de plus en plus les professionnels de santé

Depuis 2001, sous l'impulsion du Docteur Jean-Marc BENHAIEM, un diplôme universitaire (DU) a été créé à la Faculté de Médecine de Paris VI. Il est réservé aux professionnels de santé en activité ou étudiants en fin de cursus. Depuis sa création, ce DU a connu un succès grandissant, et s'est étendu à d'autres universités telles que Bordeaux, Nantes, Toulouse, Lille… À ce jour, il existe de longues listes d'attentes pour pouvoir s'y inscrire [16,17].

De plus en plus de centres hospitaliers (CH) organisent aussi des formations internes pour le personnel soignant [16] : il s'agit de formations courtes, traitant principalement de l'hypnose conversationnelle qu'ils pourraient appliquer dans leur pratique. La volonté est d'ajouter un nouvel outil à l'arc thérapeutique des soignants, d'apprendre à rassurer, apaiser, soulager, et à faire passer au premier plan la relation avec le patient. Il ne s'agit pas uniquement de soigner mais également de prendre soin et de se concentrer sur la dimension humaine.

Au-delà des diplômes universitaires, inter-universitaires et formations locales, il existe désormais de nombreuses formations privées. Celles-ci s'adressent à divers publics et présentent un prix et une qualité variables selon la réputation de l'organisme qui les propose. Ces formations ne sont pas reconnues en tant que telles, mais permettent d'obtenir un titre en hypnose, et dépendent beaucoup de la notoriété des différents intervenants [16].

Applications en gynécologie-obstétrique [16,17,22]

Si le champ d'intervention de l'hypnose médicale est très large (*Annexe 3*), elle constitue également une aide précieuse en gynécologie-obstétrique. En effet, il s'agit d'une technique naturelle permettant de pallier les contre-indications médicamenteuses de la grossesse, et relève d'indications parfois méconnues.

En gynécologie

- L'hypnose peut aider dans la réalisation des examens gynécologiques ainsi que lors de la pose ou le retrait d'implant contraceptifs ou de dispositifs intra utérins par exemple.
- En sexologie, elle peut être utile notamment dans la prise en charge du vaginisme (réappropriation de l'anatomie, action sur les représentations négatives, …).

Dans l'interruption volontaire de grossesse

- Elle permettrait une nécessité de sédation et d'antalgiques moindre (63% contre 85% avec $p<0,0001$) d'après une étude menée en 2008 [23].

Dans le déroulement de la grossesse

- Elle intervient sur le plan psychologique dans l'appréhension des complications éventuelles, l'amélioration des représentations corporelles, ainsi que dans les désagréments habituels (nausées, vomissements gravidiques, douleurs ligamentaires…). Aussi, l'hypnose peut permettre d'accompagner les patientes hospitalisées, notamment dans la gestion de leurs angoisses.
- Certains évènements peuvent parfois laisser un souvenir douloureux ou traumatique (mort in utéro, hémorragie de la délivrance, césarienne en urgence…). Il est alors possible d'utiliser l'hypnose lors de la grossesse suivante afin de revenir sur le vécu de l'expérience.
- Un sevrage tabagique par l'hypnose peut être proposé lors de la grossesse.
- L'hypnoanalgésie est possible lors des gestes invasifs, notamment de diagnostic anténatal.
- Certaines études suggèrent que la réduction du stress par l'hypnose diminuerait l'activité utérine. C'est notamment à partir de cette hypothèse que l'on peut lui attribuer un intérêt en cas de menace d'accouchement prématuré[20]. D'ailleurs, une étude comparant un groupe de femmes ayant suivi une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) sous hypnose et un groupe similaire en PNP classique a montré une diminution significative d'accouchements prématurés dans le premier groupe (5,49% contre 11,3% avec $p=0,02$) [24].
- Dans le contexte des versions par manœuvre externe[21], le but des séances d'hypnose est d'engendrer un relâchement général. Une étude cas-témoin menée dans les années 1990 rapporte un taux de version spontanée significativement augmenté lors de l'utilisation de l'hypnose (81% contre 48% dans le groupe témoin) [25]. L'hypnose semble également être une technique bénéfique pour diminuer l'anxiété et la douleur au moment du geste.

---

[20] Elle est définie par des contractions utérines associées à des modifications cervicales à partir de 22 SA.

[21] Geste médical consistant en la conversion manuelle du fœtus de la présentation podalique à la présentation céphalique.

En préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

- L'apprentissage de l'autohypnose, guidé par le praticien en PNP, peut amener la patiente à mobiliser ses ressources en temps voulu afin d'appréhender au mieux la sensation douloureuse et se recentrer sur ses sensations corporelles positives. L'autohypnose peut alors rendre la patiente autonome, actrice de son accouchement, et lui donner confiance en elle [26].
- En hypnose formelle, la PNP permet à la patiente une projection dans les différentes phases de l'accouchement, des premières contractions, jusqu'à l'expulsion du placenta et lui apporte des outils pour un accouchement plus serein.

En per partum

- Certaines études soulignent une diminution des demandes en analgésie et une diminution du temps de la première phase du travail (de plus de trois heures) chez les primipares et les multipares ayant eu six séances d'hypnose [27].
- Une étude menée en 1990 évoque une augmentation des scores d'Apgar[22] et de la fréquence des accouchements par voie basse [27].
- Une étude de 2010 relève une réduction de la douleur des contractions, une moindre anxiété liée à la pose de péridurale et une amélioration de la satisfaction globale de la parturiente[23] [27].
- Sans en être une alternative, l'hypnose peut compléter une analgésie locorégionale en accompagnant la patiente notamment lors de gestes d'urgences douloureux ou angoissants (délivrance artificielle, révision utérine, césarienne en urgence, …).

En post partum

- Plusieurs études suggèrent que les femmes bénéficiant d'un accompagnement en hypnose pendant leur grossesse présentent moins de risque de dépression post-natale.

Contre-indications

L'hypnose semble peu adaptée aux pathologies psychiatriques graves ou aiguës, car le patient se trouve être déjà dans un état de dissociation[24].

Par ailleurs, la barrière de la langue n'est pas une contre-indication, mais elle peut jouer sur l'efficacité de la séance. Il est préférable que le patient comprenne la langue dans laquelle la séance d'hypnose est réalisée.

---

[22] Consiste en une évaluation de la vitalité d'un nouveau-né et repose sur une observation empirique au moment de la naissance dont le but est de pronostiquer le potentiel de mortalité et de morbidité néonatale.

[23] Désigne la femme qui est en train d'accoucher.

[24] La dissociation en hypnose permet de distancer émotionnellement le patient d'une situation ou d'un problème. Il s'agit par exemple de placer un filtre virtuel entre lui et sa problématique et lui permettre d'y faire face en prenant du recul. Le patient doit toujours être « réassocié » avant la fin d'une séance. Par exemple, si l'on dissocie le sujet d'un membre douloureux en hypnose (exemple : son bras), celui-ci peut être persuadé d'avoir réellement été amputé de son bras à l'issue de la séance, en l'absence d'une réassociation adaptée [17].

2.3. UNE PRATIQUE SCIENTIFIQUE

De Mes(s)mer à l'hypnose médicale d'aujourd'hui [17,28,29]

Si le grand public connaît surtout l'hypnose par le biais des spectacles de music-hall et notamment ceux du très médiatisé Messmer, il ignore souvent que son nom de scène fait en réalité référence à Franz Anton MESMER, médecin viennois du XVIIIème siècle et précurseur de la psychothérapie moderne. En effet, si les premières références aux méthodes hypnotiques datent de plus de 5000 ans, c'est en 1766 que MESMER a introduit la notion de « *mesmérisme* ». Les guérisons observées de par sa technique sont telles que sa popularité explose. Sa pratique se révèle pourtant bien loin de ce qu'est l'hypnose d'aujourd'hui, notamment de par la nature mystique de ce qu'il pense être « un fluide réparateur » qui traverserait les patients [30].

En 1784, les conclusions d'une commission chargée de statuer sur la valeur thérapeutique du phénomène révèlent que, si des résultats positifs sont effectivement objectivés, cela ne suffit pas à prouver son existence. En effet, les expériences mettent en évidence que, si l'on fait croire au patient qu'il est « magnétisé » alors qu'il ne l'est pas, sa seule imagination permet de reproduire les manifestations attendues et le rétablissement.

Il faudra attendre que des élèves de MESMER tels que PUYSÉGUR ou DELEUZE se distinguent en considérant la contribution du patient nécessaire à son propre traitement, ce qui ne ferait du thérapeute qu'un vecteur et non une source de guérison. PUYSÉGUR découvre d'ailleurs dans ce contexte un sommeil « différent » du sommeil habituel, qu'il appelle d'abord « *somnambulisme magnétique* », durant lequel le patient pourrait répondre à des injonctions simples. PUYSÉGUR et DELEUZE étudieront alors les effets thérapeutiques de la suggestion [31].

Les prémices de l'hypnose se précisent et nombre de médecins s'intéressent à cette découverte : une nouvelle commission est constituée en 1826 par l'Académie Royale de Médecine. Les expériences constatées sont spectaculaires et un premier rapport conclut clairement à la réalité du somnambulisme magnétique avant d'être contredit en 1837 par le suivant, sous la direction d'un fervent opposant au magnétisme. Pourtant, durant cette décennie, de nombreux médecins ont expérimenté ce phénomène et relaté de « curieuses » guérisons [32].

La renommée du magnétisme traverse également la Manche : John ELLIOTSON, jeune chirurgien londonien, réalise les premières interventions chirurgicales sous sommeil magnétique, fonde plusieurs « hôpitaux mesmériques » et développe une revue destinée à répandre ce savoir. D'autres chirurgiens pratiquent également à cette époque leurs interventions sous « mesméro-anesthésie », et observeraient même un taux moindre de complications post-chirurgicales.

C'est finalement James BRAID, chirurgien écossais, qui renommera le magnétisme en « *hypnotisme* » afin de mettre un terme à sa connotation surnaturelle.

En France, il faudra attendre 1859 pour que l'hypnotisme attise de nouveau la curiosité. En effet, les chirurgiens y voient une alternative au chloroforme en anesthésie. Dans cette continuité, LIÉBAULT, médecin de campagne soignant gratuitement ses patients avec succès grâce à l'hypnose, et BERNHEIM, professeur de clinique, s'associent pour fonder l'École de Nancy. Ainsi, deux grandes écoles de réputation mondiale ont majoritairement contribué au développement de l'hypnose en France : l'École de la Salpêtrière, fondée par CHARCOT, se distingue de la première en avançant l'idée selon laquelle l'hypnotisabilité serait une expression somatique en lien avec l'hystérie, là où LIÉBAULT et BERNHEIM affirment que l'hypnose peut être utilisée chez tout individu, dans diverses indications thérapeutiques.

Sigmund FREUD, un des élèves de CHARCOT, est très influencé par ses travaux. Convaincu de la réalité du phénomène, il est également en relation avec BREUER, médecin utilisant l'hypnose à des fins thérapeutiques. Celui-ci affirme qu'il peut faire disparaître des symptômes en faisant vivre de nouveau au patient l'incident en cause du traumatisme affectif : c'est le mécanisme de refoulement. Pour FREUD, il est évident que le patient détient en lui les ressources nécessaires à sa guérison, la cure étant pour lui un moyen de les exprimer librement afin d'en libérer l'inconscient, notion qui sera la base de la psychanalyse. Il finira par abandonner l'hypnose, craignant les mécanismes de transfert. L'hypnose disparaît alors provisoirement au profit de la psychanalyse, pourtant développée par FREUD et BREUER à l'issue de ces travaux.

L'hypnose actuelle doit sa renaissance à Milton H. ERICKSON, psychiatre américain du XXème siècle. Ce dernier est convaincu que les individus sont en possession des ressources qui leur sont nécessaires pour changer. Il abandonne les suggestions directives de l'hypnose traditionnelle au profit de suggestions indirectes et implicites. La communication devient un outil thérapeutique. L'hypnose est recadrée comme un phénomène naturel. ERICKSON a considérablement diversifié et enrichi les outils de l'hypnose, et proposé plusieurs modes d'utilisation clinique.

La Seconde Guerre Mondiale sera le théâtre d'un regain d'intérêt envers l'hypnose : cette technique permettrait de guérir la névrose de guerre chez les soldats, d'obtenir une analgésie lors des interventions chirurgicales, et, selon certaines sources, d'optimiser les capacités à combattre l'ennemi. En France, c'est Léon CHERTOK qui reprend le flambeau, s'appuyant sur les travaux d'ERICKSON. Il démontre que tout le monde est hypnotisable à des degrés divers. Il situe l'hypnose au carrefour du psychique et de l'organique. Pour lui, l'hypnose est le modèle de référence de la relation malade-médecin.

Objectivation scientifique

Pendant plus de deux siècles, l'hypnose a alors été pratiquée en se heurtant continuellement au scepticisme scientifique. Aujourd'hui, le cerveau se laisse étudier en temps réel, et il est possible de comparer son fonctionnement normal et sous hypnose.

En effet, l'électroencéphalogramme avait permis d'objectiver, dès 1949, une différence certaine entre l'état hypnotique, l'état de veille classique, et le sommeil.

Les techniques d'imagerie moderne ont ensuite mis en évidence, en 1995, des modifications de l'activité cérébrale lors de suggestions chez un sujet en état d'hypnose : la réponse aux mêmes stimuli douloureux serait différente, selon que le cerveau soit sous hypnose ou non [33].

Par ailleurs, un sujet algique sous hypnose à qui l'on suggère que la sensation n'est pas déplaisante présente une modification de l'activité du cortex cingulaire antérieur [34]. Cette région est associée à la composante émotionnelle de la douleur. L'hypnose serait alors capable d'agir sur les deux composantes de la douleur : le ressenti émotionnel de la douleur, mais également sur la sensation douloureuse elle-même.

Ces premiers résultats ont permis de conférer à l'hypnose une crédibilité scientifique. Depuis lors, des centaines d'études ont été menées, tant dans le domaine clinique que dans le domaine des sciences cognitives. Certaines recherches ont même montré la capacité de l'hypnose à activer les circuits neuronaux correspondant à une douleur physique, par le biais de suggestions hypnotiques, et ce même en l'absence de stimulus douloureux [35]. Ainsi, le cerveau qui s'active normalement sous l'effet d'une sollicitation concrète peut également s'activer sous l'effet d'une suggestion hypnotique. Les mots auraient alors un impact puissant sur les mécanismes cérébraux.

Pour autant, à l'heure actuelle, seules deux indications de l'hypnose font consensus d'après la revue de la littérature « *Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose* » publiée dans un rapport de l'Inserm[25] en 2015 [16]. Il s'agit de :

- Son utilisation lors d'une intervention chirurgicale ou lors d'un acte de médecine ou radiologie interventionnelle : elle permettrait alors de diminuer la consommation de sédatifs et d'antalgiques en per opératoire.
- Son utilisation dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable : elle permettrait d'améliorer le confort des patients et de diminuer les symptômes.

[25] Inserm = institut national français de la santé et de la recherche médicale.

En effet, il est difficile d'évaluer l'efficacité de l'hypnose de manière rigoureuse en raison des risques de biais qui lui sont propres (études sur des patients qui acceptent l'hypnose uniquement, technique praticien-dépendant et peu reproductible, thérapeute ne pouvant pas se positionner en aveugle…). Par ailleurs, le terme « hypnose » peut regrouper diverses interventions : séance unique ou multiples, individualisée ou en groupe, personnalisée ou standardisée à l'aide d'un script, autohypnose… De plus, l'évaluation de son action concerne souvent des phénomènes peu quantifiables et subjectifs (confort, ressenti, sentiment d'avoir un rôle actif, appropriation de la prise en charge…) [16].

2.4. POUR RÉSUMER

Ce qu'est l'hypnose :	*Ce que n'est pas l'hypnose :*
Un processus naturel et physiologique, faisant partie du quotidien	*Une pratique surnaturelle ou magique, un don*
Un état de veille, où la perception du monde extérieur est modifiée	*Une forme de sommeil*
Un état de conscience particulier mis en évidence à l'imagerie cérébrale	*Un processus pouvant faire perdre le contrôle*
Un outil thérapeutique basé sur la communication et la confiance	*Une technique de manipulation ou d'emprise*
Une thérapie brève, d'efficacité rapide	*Une technique de psychanalyse*
Une pratique médicale dont les applications sont multiples	*Un phénomène de foire ou de spectacle*

« Rien n'exerce plus de pouvoir sur le corps que les croyances de l'esprit. »
Deepak Chopra

- III -

HYPNOSE ET ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

3.1. HISTOIRE D'UNE RENCONTRE

Dès les années 1950, certains auteurs se sont intéressés aux aspects psychologiques et émotionnels de l'infertilité et de sa prise en charge [36,37] :

- La part de ces facteurs dans l'infertilité inexpliquée est envisagée.
- Les troubles psychologiques pouvant interférer dans sa prise en charge sont étudiés.
- Les réactions psychologiques et émotionnelles des couples durant le parcours, lors de la réussite ou de l'échec du traitement sont développées.

En 1960, l'hypnose est déjà présentée par un obstétricien, le Docteur AUGUST, comme un outil supplémentaire dans l'arsenal thérapeutique en matière d'infertilité. En effet, l'hypnose est décrite comme une méthode simple et rapide permettant d'explorer l'état psychique du couple, de remédier aux problématiques sexuelles, de réduire les tensions et spasmes tubaires, de réguler les cycles menstruels, d'induire une normalisation du pH vaginal, … L'auteur souligne également ses bénéfices en analgésie [38].

En 1982, une étude mentionne les bienfaits d'exercices de relaxation sur l'infertilité idiopathique. L'hypothèse d'une corrélation entre stress émotionnel (mesuré à l'aide de différentes échelles et tests reconnus, mais également de dosages biochimiques tels que le taux de cortisol urinaire) et certaines formes d'infertilité, est avancée [36].

En 1995, les conclusions d'une étude positionnent l'hypnose comme un accompagnement à la modification comportementale des patients, une contribution à leur bien-être, leur confiance en eux, leur sens de l'optimisme, et suggèrent que toutes ces caractéristiques pourraient avoir un effet somatique [39].

De 1978 à 2005, une grande étude a été menée sur un échantillon de 554 couples en situation d'infertilité depuis plus de deux ans. Un protocole d'hypnose a été appliqué afin de compléter les traitements habituels. Les séances étaient réalisées en couple, et comprenaient des suggestions de confiance en soi, la construction d'un lieu ressource, et l'utilisation de réifications. Sur 554 couples, 397 grossesses ont été constatées, soit un taux de 72%, dont 213 dans les six premiers mois (38%)[26]. Une fois de plus, cette étude met en cause les émotions négatives dans la perturbation de la physiologie [40].

[26] Il est à noter qu'en France, le taux de grossesse échographique moyen faisant suite à une prise en charge en AMP est de 26,8% selon le rapport national de l'Agence de Biomédecine publié en 2017.

L'étude la plus fréquemment citée mentionnant l'utilisation de l'hypnose en assistance médicale à la procréation remonte à 2006, lorsqu'une équipe israélienne de l'hôpital de Beer Sheva publie une étude cas-témoins inédite : celle-ci vise à déterminer si l'hypnose peut avoir un impact positif lors des transferts d'embryons.

Les résultats principaux qui en ressortent concernent la comparaison des taux cliniques de grossesse entre deux groupes, l'un dont le transfert a été réalisé sous hypnose, l'autre non. Finalement, 52 grossesses cliniques sur 98 cycles (soit 53,1%) ont été constatées dans le groupe hypnose, tandis que le groupe témoin obtenait un taux de grossesse de 29 sur 96 (soit 30,2%). Sur la même période, le taux global de grossesse de ce centre était de 32%. Par ailleurs, le taux implantatoire du groupe hypnose représentait près du double, comparé à celui du groupe témoin (14,4% vs 28%) [41].

En conclusion, cette étude originale suggère que l'utilisation de l'hypnose pendant le transfert d'embryons améliore significativement les résultats en termes d'implantation et de taux clinique de grossesse. L'hypothèse avancée par les auteurs serait que l'hypnose diminue le stress, et réduit de ce fait l'activité utérine, ayant pour conséquence d'améliorer l'interaction entre l'embryon et l'utérus, ce qui augmente les chances d'implantation [41].

3.2. CONTEXTE ACTUEL

Si la littérature récente est assez pauvre sur le sujet, il semble que des études similaires soient menées à l'international, notamment en Belgique, où l'hypnose est largement pratiquée dans les services d'AMP (à Liège, Bruxelles, …), ou encore en Inde. L'hypnose semble également proposée en tant qu'accompagnement dans certains centres de PMA, notamment en Suisse, en Autriche ou en Allemagne.

En France, on peut relever l'étude prospective Hypnoart, menée en 2014 à Angers, incluant 467 patientes randomisées en deux groupes. Un groupe a bénéficié de l'hypnose associée à la procédure standard de transfert d'embryon, puis a été comparé à un groupe témoin sans hypnose. Contrairement à l'étude israélienne, cette recherche n'a pas permis de mettre en évidence une différence significative du taux de grossesse échographique entre les deux groupes (34% vs 26% avec p=0,35). Cependant, il en ressort que l'hypnose permettrait de diminuer l'anxiété de façon significative, et, chez les patientes anxieuses (score d'anxiété supérieur à 12, évalué via le test miniSTAI), le taux de grossesse apparait comme significativement plus élevé dans le groupe hypnose (35,8% vs 22,4% avec p=0,021). Cette conclusion suggère l'intérêt de l'hypnose dans les transferts d'embryon pour les patientes les plus anxieuses [42].

En dehors de l'expérimentation, il semble que l'hypnose soit assez peu proposée en France lors du transfert d'embryon, car il s'agit d'un geste ne nécessitant pas d'anesthésie.

En revanche, elle est utilisée dans de nombreux services d'AMP français, notamment lors des ponctions d'ovocytes, en alternative à l'anesthésie générale. Cette proposition faite aux patientes dépend de la disponibilité des professionnels formés. En effet, si la formation des soignants à l'hypnose se répand (médecins, infirmiers-anesthésistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, aides-soignants, …), ceux-ci restent minoritaires dans les équipes de soins.

Aussi, en ville, répartis sur le territoire, plusieurs hypnothérapeutes, parfois psychologues de métier, proposent leur expertise en matière d'infertilité. Si certains sont spécialistes de la périnatalité, d'autres proposent des consultations parmi un large panel d'autres indications. Comme nous l'avons vu précédemment, les formations à l'hypnose sont très hétérogènes en termes de qualité et de contenu, il est donc difficile de choisir son praticien autrement que sur sa profession d'origine et ses recommandations.

Par ailleurs, en France, quelques rares sages-femmes formées à l'hypnose proposent des consultations spécialisées dans le cadre de l'accompagnement des couples en contexte d'assistance médicale à la procréation.

3.3. L'EXEMPLE DE MONTPELLIER

À Montpellier, Danielle LELAIDIER, sage-femme libérale formée en hypnose, propose des consultations d'accompagnement aux couples en situation d'infertilité. Celle-ci m'a ouvert les portes de son cabinet au printemps 2019 et m'a permis de découvrir son activité. Cette sage-femme travaille en étroite collaboration avec le centre AMP Saint Roch de Montpellier et en est d'ailleurs la référente « hypnose ».

Les patients qui y sont suivis peuvent prendre rendez-vous librement au cabinet, et ce à n'importe quel moment de leur parcours de soin. Les consultations peuvent s'effectuer individuellement ou en couple.

Lors du premier entretien, après l'anamnèse classique telle que pourrait l'effectuer toute sage-femme (recueil des antécédents médicaux et obstétricaux, de l'histoire de l'infertilité, des addictions, etc…), une séance d'hypnose ericksonienne formelle est proposée (*Annexe 4*) selon la ou les problématiques évoquées par la patiente et/ou son partenaire : traumatisme passé, sentiment de « blocage », angoisse, difficulté de projection dans la parentalité, …

À l'issue de cette consultation, quatre séances audio (« le roi et la lune », « les deux contes », « assez-touillé », « hypno relaxation ») leur sont envoyées par e-mail, au format mp3, afin que le couple puisse les écouter à volonté chez eux et se les approprier. Si ces séances jouent un rôle important de relaxation, le but est surtout d'entraîner les patientes à l'autohypnose afin de les autonomiser pour la suite du parcours.

Les patientes, accompagnées ou non de leur partenaire, peuvent prendre rendez-vous avec cette sage-femme autant qu'elles le souhaitent au cours de leur prise en charge. Chaque consultation comporte une partie discussion suivie d'une séance d'hypnose personnalisée. À chaque passage au cabinet, des suggestions de bien-être et de confort sont effectuées.

Par ailleurs, Madame LELAIDIER a établi un protocole au centre Saint Roch appelé HYPNOFIV© (*Annexe 5*). Ce protocole, rédigé symboliquement sur ordonnance pour en améliorer l'observance, consiste à écouter, après entraînement à l'autohypnose, trois séances audio appelées « Fivete », « Induction simple » et « Ne rien faire ». La première est destinée à préparer et apaiser la patiente la veille du transfert d'embryon. La seconde dure une dizaine de minutes : la patiente, munie d'écouteurs, lance la séance juste avant le geste et l'écoute pendant. La dernière est ensuite à écouter calmement autant de fois que possible dans la journée.

La séance « Induction simple » peut aussi être utilisée, couplée à une anesthésie locale, en remplacement de l'anesthésie générale lors de la ponction d'ovocytes si la patiente le souhaite.

Par la suite, les couples peuvent consulter de nouveau afin de discuter de la tentative et/ou des résultats. La sage-femme effectue également le suivi des grossesses issues de la PMA et dispense des séances de PNP adaptées aux besoins particuliers de ces couples.

L'hypnose utilisée au centre d'AMP Saint Roch est actuellement à l'étude. D'ailleurs, lors du onzième congrès de la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves (CFHTB), Madame LELAIDIER et moi-même avons présenté un extrait de ses premiers résultats. Sur la période de décembre 2016 à mai 2018 (18 mois), 164 patientes ont expérimenté un protocole d'hypnose concernant le transfert d'embryon, et, en mai 2019, 74 d'entre-elles étaient enceintes (grossesse évolutive objectivée en échographie) ou avaient donné naissance, ce qui correspond à un taux de 45,1% [43]. À titre de comparaison, le taux moyen de réussite de ce centre concernant le transfert d'embryon était évalué à 22,7% selon un classement des centres établi sur la base des données 2015 publiées par l'Agence de biomédecine.

Au-delà de la mise en évidence d'un éventuel impact sur le taux de grossesse, il nous semblait important de **prendre connaissance directement de l'avis de ces couples** sur l'hypnose dans leur parcours, **leur vécu, ainsi que leur satisfaction.**

DEUXIÈME PARTIE

MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS

- IV -

MATÉRIEL ET MÉTHODE

4.1. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS

Problématique de l'étude

L'objet de cette étude était de répondre aux problématiques suivantes :

- **L'hypnose peut-elle trouver sa place dans les services d'AMP ?**
- **Peut-elle améliorer le confort des couples, et, par conséquent, avoir un impact positif sur leur vécu tout au long du parcours ?**
- **Peut-elle apporter une plus-value dans la prise en charge globale, de la première consultation pour infertilité à la naissance de l'enfant ?**

Objectifs de l'étude

L'**objectif principal** de cette étude était de déterminer ce que pensent, ou ont pensé les couples de l'expérience de l'hypnose dans leur parcours, sur la base de leur retour d'expérience.

L'**objectif secondaire** était de recueillir leurs attentes et leurs besoins concernant le parcours, dans le but de discuter ensuite de l'utilisation de l'hypnose dans le contexte de l'assistance médicale à la procréation.

Afin de répondre à ces objectifs, nous avons interrogé les patients à propos de :

- Leur parcours
- Leur vécu de l'infertilité et du quotidien en AMP
- Les difficultés rencontrées, les retentissements
- Les motivations du recours à l'hypnose
- Leur avis et satisfaction concernant la pratique
- L'expérience qu'ils en ont faite
- Leur éventuel accompagnement durant la grossesse et dans la parentalité

Cette « étude préliminaire » a alors pour but de préciser le point de vue des couples sur l'hypnose en AMP, apportant un premier élément de réponse à ce vaste sujet. Celle-ci a pour suite logique l'élaboration d'autres recherches, afin de poursuivre et/ou la compléter la nôtre.

4.2. HYPOTHÈSES

Les hypothèses que nous avons formulées au début de cette étude sont les suivantes :

Hypothèse n°1 : Les patients peuvent refuser d'avoir recours à l'hypnose, notamment en raison d'idées reçues et d'une méconnaissance de la pratique

Hypothèse n°2 : L'hypnose peut contribuer à améliorer le confort et le vécu des couples tout au long du parcours d'AMP.

Hypothèse n°3 : L'hypnose peut permettre au couple de se sentir acteur de sa prise en charge et de la conception de l'enfant.

Hypothèse n°4 : L'hypnose peut participer à l'optimisation de la prise en charge médicale en AMP.

Hypothèse n°5 : L'hypnose peut potentialiser un accompagnement particulier de la grossesse à l'issue d'une PMA, notamment par la sage-femme.

4.3. PRÉSENTATION

Type d'étude

Pour cette recherche, l'**étude qualitative** nous semblait être la plus appropriée. En effet, notre but était de recueillir des témoignages ; il était question d'un partage d'expérience, d'émotions et de sentiments. Il nous semblait alors pertinent d'échanger de vive voix avec les patientes et leur partenaire par le biais d'entretiens.

Aussi, la recherche qualitative s'appuie davantage sur la description des processus et la profondeur de l'analyse plutôt que sur la multiplication des cas. De même, elle repose plutôt sur la richesse des données que sur la précision des mesures. Sa démarche n'étant pas codifiée de façon rigide, en comparaison à la recherche quantitative, celle-ci peut plus aisément s'adapter aux aléas de la découverte [44].

Lieu de l'étude

Notre étude est **monocentrique**. En effet, cette activité est très peu répandue, si ce n'est unique en France. Les entretiens ont alors eu lieu avec des femmes et hommes dont l'infertilité est prise en charge au centre d'AMP Saint Roch de Montpellier. Par ailleurs, tous suivaient le programme d'accompagnement de Madame LELAIDIER en hypnose.

Période de l'étude

Mon stage au cabinet s'est déroulé durant les mois d'avril et mai 2019. Durant cette période, j'ai pu rencontrer les patientes directement sur le terrain et leur présenter mon projet d'étude. Après recrutement, les entretiens se sont déroulés aux mois de **février et mars 2020**.

4.4. CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON

Choix de la population

Nous avons choisi d'interroger des patientes répondant aux critères suivants :

Critères d'inclusion

- Être suivie au centre d'AMP Saint Roch de Montpellier pour infertilité, primaire ou secondaire
- Avoir débuté l'accompagnement en hypnose entre septembre 2017, afin de limiter le biais de mémorisation, et septembre 2019, afin d'avoir un retour d'expérience suffisant
- Être suivie au cabinet de Madame LELAIDIER en hypnose (≥ 3 séances), et avoir vécu au moins une procédure médicale (ponction d'ovocytes, IIU, transfert d'embryon) sous hypnose ou autohypnose, dans un souci d'homogénéisation de l'échantillon
- Être âgée de moins de 43 ans car cet âge correspond à la limite de prise en charge à 100%
- Avoir rempli et signé le formulaire de consentement « Participation à l'étude », nécessaire pour la réalisation de l'entretien (*Annexe 6*)

Critères d'exclusion

- Être mineure au moment du recrutement
- Présenter une contre-indication à la pratique de l'hypnose (troubles psychiatriques, …)
- Ne pas être en mesure de comprendre ou de s'exprimer en français

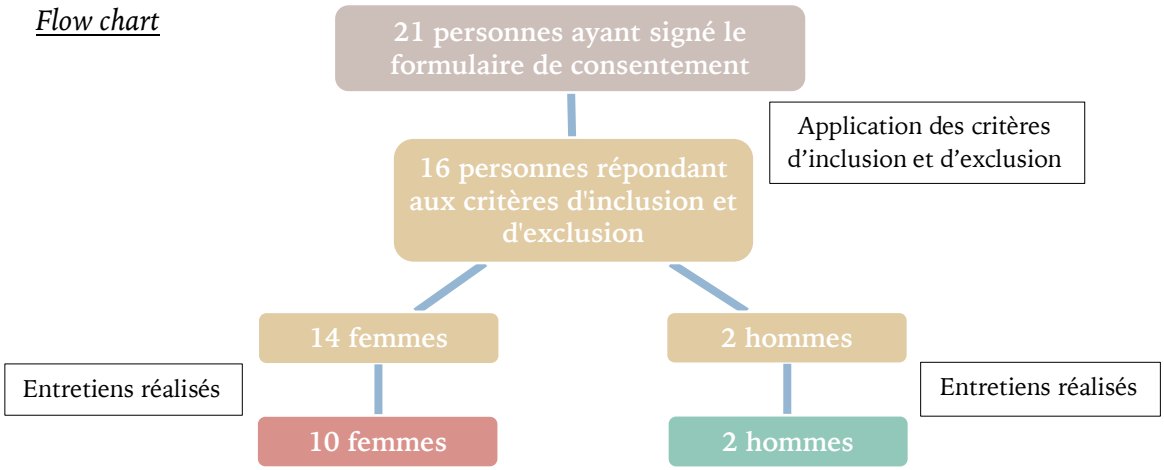
Les critères d'inclusion et d'exclusion pour les partenaires de ces patientes étaient les mêmes, exceptée l'absence de limite d'âge car, en France, si l'AMP n'est remboursée que jusqu'aux 43 ans révolus de la femme, il n'y a pas de limite concernant l'homme.

Recrutement de la population

Le centre d'AMP Saint Roch a accepté notre demande d'enquête auprès des patientes fin avril 2019 (*Annexe 7*), ce qui nous a permis de débuter le recrutement. Dans un premier temps, j'ai évoqué mon projet directement au cabinet lors de mon stage, et fait part aux patientes de mon souhait de m'entretenir avec certaines d'entre elles et leur partenaire. Nous avons ensuite laissé à disposition en salle d'attente des flyers réexpliquant l'étude ainsi que les formulaires de consentement, laissant chacun libre de le remplir et le redéposer à l'endroit prévu à cet effet.

Je souhaitais initialement m'entretenir avec les patientes, mais également avec leur partenaire volontaire, tout en étant consciente que le témoignage dans le cadre de l'infertilité pouvait se révéler délicat. J'ai finalement collecté seize formulaires (quatorze femmes et deux hommes) répondant à mes critères d'inclusion, pour n'interroger que douze personnes ; en effet, quatre femmes n'ont pas donné suite à nos échanges. En définitive, mon échantillon s'est composé de dix femmes et deux hommes.

Flow chart



4.5. OUTIL DE RECHERCHE

Entretiens semi-directifs

Afin de choisir l'outil de recherche le plus adapté à mon mémoire, j'ai lu plusieurs ouvrages décrivant les différentes méthodes d'entretiens. L'entretien semi-directif m'a semblé être le plus adapté à mon travail. En effet, les personnes interrogées peuvent parler librement et exprimer leur témoignage de manière ouverte. Cependant, grâce à la grille réalisée en amont, il m'est possible de les réorienter vers le sujet si nécessaire, et de recueillir les éléments essentiels qui me seront utiles pour l'analyse. Durant ces entretiens, j'effectue des pauses : le silence permet à la personne interrogée d'enrichir son témoignage. Par ailleurs, j'utilise des relances dans le but d'approfondir et préciser certaines notions. Les entretiens se sont déroulés par téléphone ou via le logiciel Skype, pour une durée moyenne de 39 minutes.

Guide d'entretien

J'ai réalisé une première version de ma trame d'entretien au mois d'avril 2019 avec l'aide de Danielle LELAIDIER, sage-femme et hypnothérapeute. Elle a ensuite été peaufinée (*Annexe* 8) à la suite d'un entretien exploratoire mené en mai 2019, avec une patiente volontaire. Ce premier entretien « test » m'a permis d'ajouter certaines questions qui me semblaient essentielles, et d'en supprimer d'autres moins pertinentes, ainsi que d'en réorganiser l'ordre. Cette deuxième version a alors été corrigée par Anne DUBOS, sage-femme et sociologue.

Modalités d'analyse des entretiens

Les douze entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone dédié à leur réalisation. Chacun a été synthétisé dans le but d'en faciliter la présentation et l'analyse (*Annexe* 9), mais aussi intégralement retranscrit sur le logiciel de traitement de texte « Word » afin d'extraire plus aisément les citations intéressantes ; un exemple est joint en annexe (*Annexe* 10).

- V -

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

5.1. PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON

Afin de présenter de manière synthétique l'échantillon étudié, nous avons réalisé un tableau (Tableau 1) reprenant les éléments essentiels de chaque personne interrogée. Dans un souci d'anonymat, j'ai laissé le choix à chacun et chacune d'un prénom d'emprunt.

Prénom	Âge	Profession	Partenaire	Enfants	Parcours
Valentine	35	Vendeuse en prêt-à-porter	En couple depuis 5 ans avec Arnaud, 40 ans, pompier	Non	SOPK, hypothyroïdie, bilan anatomique sans particularité, 3ème IIU
Jeanne	28	Préparatrice en pharmacie	En couple depuis 7 ans avec Arthur, 33 ans, ingénieur	Un petit garçon de 11 mois	OATS, 1 FIV ICSI, 3 transferts, 2 FCS (6 SA et 8 SA), puis une grossesse menée à terme
Caroline	41	Secrétaire médicale	Mariée à Maxence, 36 ans, infirmier, en couple depuis 8 ans	Grossesse en cours à 34 SA	Endométriose, 3 FIV, une FCS avec curetage, transfert d'embryon congelé aboutissant à une grossesse
Maxence	36	Infirmier	Mari de Caroline	Bientôt parent	Même parcours
Laure	41	Éducatrice spécialisée	Mariée à Christophe, 38 ans	Non	3 FCS avant la PMA dont une tardive, 1ère FIV en cours
Céline	39	Manager	En couple depuis 6 ans avec Laurent, 42 ans, banquier	Non	Infertilité tubaire, 2 GEU il y a 10 et 15 ans, 2ème FIV, une FCS à 8 SA, actuellement pause car hyperstimulation
Sophie	40	Juriste	Mariée à Bruno, commercial, 44 ans	Une petite fille de 2 ans	Oligospermie, 2ème FIV en cours pour souhait 2ème enfant
Louise	37	Professeur des écoles	En couple avec David, 46 ans, professeur d'anglais	Une petite fille de 7 ans d'une première union	OATS, 2ème FIV ICSI après 2 transferts dont une FCS à 5 SA, béta-HCG récemment positif
Aline	40	Directrice des RH	En couple depuis 5 ans avec Pascal, 46 ans, commercial	Non, Pascal a un petit garçon de 8 ans	Endométriose découverte en AMP, 1 IIU, 1 FIV en cours, 1 FCS à 11 SA
Marie	32	Professeur au lycée	En couple depuis 6 ans avec Marc, 40 ans, informaticien	Non	Anomalie glaire cervicale et asthénospermie, 3ème IIU bientôt, une FCS à 6 SA
Sarah	34	Diététicienne	En couple depuis 5 ans avec Alexis, 33 ans, chargé de RH	Une petite fille de 8 mois	1 IVG il y a 10 ans, infertilité idiopathique, échec de 2 IIU puis grossesse à l'issue de la 3ème
Alexis	33	Chargé de RH	En couple avec Sarah	Jeune parent	Même parcours

Tableau 1 *Présentation de l'échantillon*

L'échantillon se compose de douze personnes dont dix femmes âgées de 28 à 41 ans, avec une moyenne d'âge de 36,7 ans. Sur les dix, six n'ont jamais eu d'enfant (Valentine, Caroline, Laure, Céline, Aline, Marie), les quatre autres (Jeanne, Sophie, Louise, Sarah) en ont au moins un. Deux d'entre-elles sont enceintes, Caroline, de 34 semaines d'aménorrhée (SA) et Louise, vraisemblablement en tout début de grossesse. Les deux hommes, Alexis et Maxence, sont âgés respectivement de 33 et 36 ans. Maxence est bientôt père, tandis qu'Alexis l'est depuis huit mois. Par ailleurs, sur les dix couples, l'infertilité serait d'origine masculine pour trois d'entre-eux, féminine pour quatre, mixte pour un seul et non retrouvée pour les deux restants.

Afin de présenter nos résultats de manière simple, nous avons distingué deux axes :

- Le vécu du couple vis-à-vis de l'infertilité et du parcours d'AMP : le but de cet axe est de déterminer les attentes et besoins des couples tout au long de leur parcours.
- L'expérience de l'hypnose : cet axe a pour objectif de recueillir le retour d'expérience des couples concernant l'hypnose dans leur parcours d'AMP.

Les résultats recueillis dans ces deux axes pourront nous permettre ensuite de discuter de l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge globale des couples en contexte d'AMP, sur la base de cet échantillon, et de déterminer si ses apports potentiels sont en corrélation avec les attentes et les besoins des couples durant le parcours.

Dans chaque axe, nous avons alors cité quelques extraits de paroles de participants, classés selon différents thèmes. Chaque thème est susceptible d'apporter une piste de réflexion pour répondre à nos hypothèses. Le nombre de personnes interrogées ayant évoqué chaque notion se trouve entre parenthèse à côté du titre sous la forme (n=x).

5.2. VÉCU DE L'INFERTILITÉ ET DU PARCOURS D'AMP

Il nous semblait important de nous concentrer sur l'objectif principal de l'étude, et donc de **relater au premier plan les citations du retour d'expérience de l'hypnose dans le parcours**. Nous avons alors choisi d'exposer les résultats relatifs au premier axe en annexe (*Annexe* 11). Pour plus de lisibilité, nous avons cependant résumé chaque notion, et réalisé une synthèse des résultats globaux, présentée un peu plus loin.

L'infertilité, une épreuve à surmonter

Intéressés par le vécu de l'infertilité, nous avons demandé aux participants ce qu'ils ressentaient à cet égard. Parmi eux, plusieurs évoquent un **choc**, un sentiment d'**injustice**, d'**impuissance**, d'**échec** ou encore de **culpabilité**, et expliquent avoir dû entreprendre un travail de **deuil**. D'autres parlent d'une **épreuve**, parfois **taboue**, à **surmonter en couple**.

La procréation médicalement assistée, un parcours du combattant

Nous avons ensuite abordé le sujet de l'AMP en elle-même, afin d'obtenir une description des sentiments majeurs ressentis par notre échantillon, dans le but de cibler au mieux ce que chacun aurait pu attendre de l'hypnose. Nous avons pu distinguer, parmi les témoignages, plusieurs thèmes récurrents : le parcours d'AMP serait un parcours **contraignant**, sujet à certaines **complications**, et provoquant **fatigue**, **stress** et **angoisse**, mais également des **douleurs physiques et émotionnelles**. Par ailleurs, celui-ci est alourdi par l'**attente** et la **peur de l'échec**. L'**hypermédicalisation** est évoquée à plusieurs reprises, ainsi qu'un **sentiment de dépossession du corps** et de **passivité**, dans la prise en charge comme dans la conception de l'enfant.

Des retentissements multiples sur la vie des couples

Dans une suite logique, nous avons souhaité recueillir des témoignages concernant les impacts de l'AMP sur la vie des couples. Les répercussions évoquées sont principalement de l'ordre **professionnel, social, et affectif** : les personnes interrogées soulignent les **difficultés organisationnelles**, parfois l'**isolement** ou la **pression** de l'entourage, ainsi que les **retentissements affectifs**, **sexuels**, ou encore le **report de projets communs**.

5.3. EXPÉRIENCE DE L'HYPNOSE EN AMP

La perception de la pratique

Si certaines personnes interrogées possédaient déjà une certaine **connaissance de la pratique de l'hypnose** ou l'avait même déjà expérimentée, d'autres se sont longuement renseignées avant de se lancer, ou ont fait le choix de la découvrir le moment venu. Parmi elles, quelques-unes ont exprimé une **réticence au premier abord**. Concernant leurs motivations, on retrouve le fait d'être **prêt à tout tenter pour avoir un enfant**, ou encore que l'hypnose soit **pratiquée** dans ce contexte **par un professionnel de santé**, en l'occurrence ici une sage-femme.

Une certaine connaissance de la pratique (n=4)

Valentine : *« Moi j'avais lu beaucoup, des articles de magazines mais aussi des sources un peu plus scientifiques. Je m'étais pas mal renseignée par moi-même avant d'y aller du coup, mais je me questionnais quand même sur ce que j'allais y trouver, et finalement, j'ai tout de suite adhéré »*

Jeanne : *« Enfin, j'étais quand même un peu informée, j'imaginais pas du tout quelque chose à la Messmer »*

Maxence : *« À l'hôpital il m'arrive souvent de bosser avec des IADE ou des anesth… Et dans mon centre hospitalier, plusieurs d'entre eux sont formés, et sensibilisent un peu les équipes. Je ne suis pas formé moi, mais j'ai eu largement l'occasion d'en discuter avec eux, donc je connaissais les principes et les bénéfices »*

Une réticence au premier abord (n=4)

Caroline : *« C'était loin d'être gagné au début, pour moi ça s'apparentait au charlatanisme quasiment, enfin, c'était pas un truc pour moi, et du coup mon mari m'a bassiné avec ça pendant des semaines, il m'agressait à coup d'articles scientifiques dès le matin (rires) »*

Sophie : *« Quand on entend le mot hypnose, on pense magie, charlatan ou encore à quelque chose de mystique… alors, c'est quand je me suis renseignée que j'ai compris que j'étais sûrement loin du compte »*

Alexis : *« Au début dans ma tête hypnose égal spectacle, enfin je caricature mais presque. Moi j'en avais vu 2 ou 3, ça fait peur, on a peur d'être manipulés, de ne plus avoir aucun contrôle sur nous-même… Ma copine s'est pas mal moquée de moi, elle, elle vantait ses mérites, et moi, j'avais l'impression qu'on ne parlait absolument pas de la même chose ! »*

Un enfant à tout prix (n=6)

Jeanne : *« Je pense qu'à un moment on est vraiment prêt à tout essayer, alors j'ai essayé… C'était après la première tentative ! Et finalement, j'ai continué pendant ma grossesse, alors vous voyez ! »*

Laure : *« J'avais lu une étude sur l'augmentation du taux de réussite avec l'hypnose aussi, alors autant tout tenter »*

Céline : *« Cette fois ma motivation est réelle, et c'est la plus belle des motivations : celle de devenir maman, alors je suis prête à tout essayer pour mettre toutes mes chances de mon côté »*

Marie : *« Elle m'a longuement parlé des bénéfices (Marie parle d'une de ses amies, à propos de l'hypnose) : moi j'étais prête à tout pour devenir maman de toute façon, alors je n'ai pas hésité une seconde »*

La confiance envers les professionnels de santé (n=7)

Jeanne : *« Peut-être que c'est la sage-femme qui fait tout ! »*

Caroline : *« À force de persévérance, j'ai fini par craquer après la deuxième FIV… Il a de la chance, c'est vraiment parce que c'était une sage-femme, et que pour moi, c'est un gage de qualité, ou tout au moins de confiance »*

Maxence : *« D'autant plus que c'était proposé par une sage-femme, et spécialisée dans la PMA qui plus est ! C'est quand même plus digne de confiance qu'un hypnothérapeute X qui propose ses services dans son cabinet »*

Marie : *« Pour moi, les sages-femmes sont synonymes de maternité ! Alors… forcément… Ça ne peut que mettre dans de bonnes conditions »*

Sarah : *« Le fait que ce soit une sage-femme, ça m'a tout de suite convaincue, j'ai entièrement confiance, il y une sage-femme au sein de mon cabinet, je généralise peut-être mais bien souvent, ce sont des personnes douces et bienveillantes »*

Un travail sur soi-même

Les personnes interrogées développent la notion de **travail réalisé sur eux-mêmes** : **se débarrasser d'un lourd passé**, **surmonter les échecs** et **se concentrer sur les réussites**, trouver un **endroit ressource** pour **se recentrer sur ses propres capacités**… Ils évoquent aussi l'**estime et la confiance en soi**, les **représentations limitantes** dans la vie quotidienne, et la **prise de conscience de ses propres ressources**, **apprendre à les mobiliser et à s'en servir** en cas de besoin.

Surmonter un lourd passé (n=5)

Jeanne : *« J'avais besoin de me débarrasser de certaines choses du passé déjà et puis de ma première fausse couche, c'est quand même pas anodin dans la vie d'une femme… Ça m'a permis d'en parler, et puis, peut-être de laisser ça derrière moi […] »*

Caroline : *« Je ne vais pas m'étaler là-dessus mais… il s'est passé certains évènements je dirais, dans ma vie, certains moments difficiles, et… aujourd'hui… je pense que je suis beaucoup plus en paix avec tout ça et avec moi-même »*

Sophie : *« J'ai vite compris que ce serait l'occasion pour moi de refermer certaines blessures du passé et d'affronter mes démons, ou tout au moins, d'apprendre à vivre avec »*

Marie : *« J'ai enfin pu tourner la page, ou en tout cas tirer un trait sur toute cette histoire, cette relation toxique. Ça engendrait beaucoup de négativité, et d'avoir pu enfermer ça dans un coffre que je n'ouvrirai sans doute plus jamais, c'est salvateur »*

Penser réussites plutôt qu'échecs (n=5)

Valentine : *« Ça a été un travail petit à petit. Je me sentais plus apaisée donc, c'était plus facile pour moi de voir mes copines avec leurs bébés ou jeunes enfants. En fait, avec les premières séances, j'ai appris à me concentrer sur tout ce que j'avais accompli dans ma vie, toutes mes réussites et à les valoriser. J'ai fini par me dire que j'étais capable de surmonter toutes ces épreuves, et aussi de dépasser ma peur. Je me suis lancée un défi à moi-même, garder le petit garçon de deux ans d'une amie, toute une matinée. Et j'ai réussi, ça m'a même fait vraiment plaisir »*

Jeanne : *« J'ai appris à plus me concentrer sur mes réussites et sur ce dont je suis fière, plutôt que sur mes échecs […] Et mon partenaire me rappelait de penser succès plutôt qu'échec, il me remontait beaucoup le moral, vous voyez, c'est lui qui écoutait les leçons d'hypnose en fait (rires) »*

Se recentrer sur soi-même (n=3)

Caroline : *« Je me suis davantage concentrée sur moi, il faut parfois être égoïste dans la vie et je ne l'étais pas assez, je pensais beaucoup à ce que l'on allait penser de moi, ou à ce que je devais faire, et finalement aujourd'hui, je m'écoute moi, beaucoup plus »*

Louise : *« J'ai mon endroit agréable maintenant, ma petite bulle rien qu'à moi, et je m'y réfugie en cas de besoin. Se retrouver avec soi-même parfois ça fait du bien »*

Avoir une meilleure estime de soi et reprendre confiance en soi (n=4)

Céline : *« J'ai travaillé petit à petit sur ma culpabilité, mon sentiment d'échec permanent… j'essaye de penser différemment, je pense même que j'y arrive ! Aujourd'hui, je suis quand même dans un autre état d'esprit, on a beaucoup travaillé là-dessus […] Par contre j'ai écouté plusieurs fois la séance audio « assez-touille », la sage-femme m'avait dit qu'elle serait utile, moi qui manquait de confiance en moi… Je pense que j'ai, en partie, repris le dessus aujourd'hui, que je m'estime plus qu'avant »*

Sophie : *« Je pense que ça a redoré mon estime de moi-même »*

Aline : *« Ça m'a soulagée de ce poids-là : je sais maintenant ce que je suis capable de surmonter, je suis fière de moi »*

Modifier ses représentations limitantes (n=5)

Caroline : *« J'ai toujours eu beaucoup d'idées arrêtées sur tout, sur la fertilité, ou sur l'hypnose par exemple d'ailleurs ! Mon mari m'a beaucoup parlé de "croyances limitantes", alors lui l'hypnose c'est son truc, je ne vous cacherais pas que pour moi c'est assez abstrait, mais en tout cas, j'avais des pensées, on va dire négatives ou pessimistes sur beaucoup de choses, et, comme je positive beaucoup plus eh bien… j'ose plus facilement m'ouvrir et mettre de côté les mauvaises… […] oui voilà, représentations ! »*

Maxence : *« Il y a 4 ans aussi, j'avais essayé par moi-même, en tant que cobaye ! […] Et donc du coup j'ai arrêté de fumer comme ça, avec l'hypnose, en deux séances si je me souviens bien. […] En fait, le but, c'est d'apprendre notamment à… effacer ses représentations limitantes, et la mienne, c'était que j'étais incapable d'arrêter… Et finalement, ça fait 4 ans ! »*

Laure : *« Je pensais que c'était impossible. Que j'avais fait trois fausses couches et que j'en ferais d'autres. Que mon corps était incapable de garder un être humain en lui. Ce genre de pensées-là me retenaient, me bloquaient même peut-être… moins aujourd'hui. Elle a mis tout à plat, pour que j'apprenne à me dire que oui, c'est possible »*

Sarah : *« Une part de moi se disait aussi qu'on ne pouvait plus avoir d'enfant après un avortement. Enfin, c'est ce qu'on entendait beaucoup il y a quelques années. Et j'avais ça encore très ancré dans mon esprit je pense… Même si c'est infondé à mon avis, de nombreuses jeunes filles le pensent encore… Peut-être que ça, inconsciemment, ça m'empêchait… eh bien peut-être d'être enceinte qui sait ? […] J'ai chassé ça de mon esprit en quelques séances »*

Apprendre à mobiliser ses propres ressources (n=5)

Caroline : *« Et donc après, on apprend l'autohypnose. Alors… concrètement, c'est pas facile au début, mais à la fin, on sait mobiliser nos forces, celles qui existent déjà naturellement au plus profond de nous. Tout le monde a des capacités, parfois sous-estimées »*

Maxence : *« On a tous des possibilités insoupçonnées en nous. Ma femme par exemple, qui est une véritable claustrophobe depuis toujours… Elle a été amenée à passer une IRM il y quelques temps, panique à bord ! Elle n'en dormait plus ! Quelques séances d'autohypnose… je pense qu'après l'examen, elle s'est rendue compte qu'elle avait tout à fait les capacités de surmonter ça, alors évidemment à un certain seuil, mais en fait, ce seuil était beaucoup plus élevé que ce qu'elle pensait elle-même […] Elle a donc appris à mobiliser ce qu'elle possède en elle pour améliorer ses capacités d'adaptation, c'est un peu ça qu'on appelle des ressources personnelles »*

Marie : *« J'ai réussi à trouver en moi les ressources nécessaires pour surmonter ça. J'utilise souvent un lieu où je me sens bien en autohypnose, un lieu d'apaisement. Au début, j'imaginais pleins d'enfants, à l'image que la famille nombreuse à laquelle j'aspirais tant… Et maintenant, je m'y vois surtout avec Constance et mon compagnon, heureux tous les trois… Parfois je m'autorise à imaginer un bébé venant compléter le tableau ! Mais ce qui est sûr, c'est que j'ai trouvé la possibilité, dans mon propre endroit, de m'adapter et d'en faire le deuil »*

Le confort et la qualité de vie

D'après l'échantillon interrogé, l'hypnose dans le parcours d'AMP participe à **la gestion de la douleur**, **du stress**, **des angoisses,** et contribue à apporter **apaisement** et **relaxation** au quotidien. Elle a également un **bénéfice sur le sommeil des patients**, et aide à **diminuer la fréquence de leurs insomnies**. Pour eux, l'hypnose constitue **un soutien**, **un accompagnement**, **un espoir,** et permet dans certaines situations **l'harmonie du couple**.

La gestion de la douleur physique (n=3)

Jeanne : *« Par contre pour la naissance, j'ai pas cherché à utiliser l'hypnose pour substituer la péridurale […] en revanche, je me suis laissée aller à l'autohypnose pendant la pose de la péri, et c'est passé assez vite !*

Caroline : *« J'avais peur. Peur, peur, peur. Je ne sais pas comment expliquer… Est-ce que c'est parce que je m'étais habituée à la douleur à force ? Ou est-ce-que c'est parce que j'occupais mon esprit avec l'autohypnose et que, du coup, je pensais moins à avoir mal ? Quoi qu'il en soit, cette fois, je ressentais beaucoup, beaucoup moins la douleur »*

La gestion du stress et des angoisses (n=9)

Valentine : *« Ça m'a permis en premier lieu de gérer mon stress, et aussi mes angoisses. Quand je sens que ça monte parfois, je souffle un bon coup, j'essaye de penser à l'endroit dans lequel je me sens bien, d'imaginer des choses plus positives en gros. Et la pression redescend petit à petit, c'est pas d'un coup, c'est progressif, j'ai appris à gérer »*

Louise : *« Si je ressens un flot d'émotions négatives, maintenant, je sais quoi faire […] En tout cas, je me sens considérablement moins stressée »*

Sarah : *« Je ressentais un stress permanent, est-ce que je vais être enceinte, oui, non, peut-être, est-ce que ça va bien se passer, est-ce qu'il y aura des complications ? … J'ai appris à être beaucoup plus zeeeen et c'est tant mieux je pense »*

L'apaisement et la relaxation (n=8)

Valentine : *« Quand vraiment c'est trop et que je peux me le permettre, que je suis chez moi par exemple, j'écoute la séance "hypno relaxation". Ça m'apaise, dans ma vie de tous les jours, mais aussi dans ma vie de couple : je décompresse et je suis plus détendue chez moi, donc avec mon compagnon. Ça soulage beaucoup de tensions »*

Jeanne : *« Beaucoup d'apaisement, c'est surtout ça […] Il écoutait les enregistrements audio (son compagnon) et, lui, il était assez nerveux, surtout pour le recueil, enfin, ça lui a permis de déstresser quoi, il avait besoin de se relaxer vraiment, la veille au soir, je lui ai mis ça dans les oreilles et hop, il dormait ! »*

Alexis : *« C'était une pile électrique (sa compagne), je l'ai vu progressivement changer, pas de philosophie c'est pas ça… Hmh, se détendre, s'apaiser… Elle prenait moins les choses à cœur, elle réfléchissait moins, mais dans le bon sens du terme si vous voulez mon avis »*

Le sommeil (n=3)

Laure : *« Et là maintenant, quand mes insomnies me prennent, j'écoute cette voix, un conte, je me concentre sur la voix, je finis par ne même plus entendre les mots alors que je suis très concentrée, c'est surprenant et… je m'endors »*

Aline : *« Avant ça m'arrivait souvent d'écouter de la musique sur Spotify pour m'endormir, j'ai toujours eu besoin d'un fond sonore, et ça m'arrive encore d'ailleurs, mais maintenant, j'écoute plutôt un enregistrement tranquillement, et en prévention des insomnies, c'est plutôt pas mal »*

Le soutien et l'accompagnement (n=7)

Valentine : *« Je me sens suivie, soutenue et écoutée par quelqu'un qui s'y connait »*

Maxence : *« Le plus important pour moi ça reste peut-être la main tendue vers les couples en détresse. Ce que je veux dire, c'est que des couples parfois, beaucoup d'ailleurs, sont livrés à eux-mêmes, et traversent ça seuls, avec le soutien des proches et de la famille bien sûr, mais c'est tout. Là, un professionnel de santé nous accompagne, nous écoute, nous soutient, et nous apporte des clés pour que l'on continue d'aller bien »*

Louise : *« Pour moi, l'hypnose est un réel soutien : je pense avoir été accompagnée, surtout psychologiquement »*

L'espoir (n=2)

Valentine : *« Réussir à m'imaginer avec une petite fille le long de cette rivière, ça m'a vraiment redonné espoir, elle avait l'air vraiment là, c'était vraiment naturel, alors là, je me suis dit qu'un jour ce serait possible, ça ne m'avait pas l'air d'un miracle, ça me semblait juste naturel »*

Sophie : *« Dans mon parcours, on peut dire que l'hypnose a quand même été synonyme d'espoir, quand on reprend confiance en soi, ça va tout de suite mieux »*

L'harmonie du couple (n=4)

Sophie : *« Ça diminue nettement le stress, j'étais apaisée, j'avais moins peur, j'y pensais moins, j'étais moins tendue […] Alors oui, même si lui n'adhérait pas du tout au concept, ça a amélioré la fusion de notre couple, j'étais plus zen, plus disponible pour lui, pour nous, pour du sexe aussi il faut être honnête, j'allais mieux, donc notre couple allait mieux. Ça a considérablement diminué les tensions entre nous »*

Marie : *« Il me soutient, depuis le début, il me suit aussi là-dedans, je pense que ça nous a rapproché quelque part, il se prête au jeu des séances (d'autohypnose), quelque chose nous relie vers le même but »*

La participation active

La **participation active** permise par l'hypnose a été évoquée à de nombreuses reprises lors des entretiens : le fait d'**être actif**, de faire quelque chose, et donc de **se sentir acteur de la prise en charge**, mais aussi **le sentiment de « faire » un enfant**, et **de participer émotionnellement à la conception**. En effet, l'**autohypnose** est, pour certains, un **outil d'autonomisation**, et parfois une façon de **potentialiser** la **réussite**.

Se sentir acteur de sa prise en charge (n=6)

Jeanne : *« On a l'impression d'être mis à contribution aussi […], qu'on fait notre part du travail un peu »*

Maxence : *« On agit, on ne se sent ni complètement patient, ni complètement passif. On ne suit pas juste des instructions, on s'implique, on s'investit. Le rôle d'observateur est très difficile, surtout sur un sujet aussi intime que celui de faire un enfant. Déjà qu'on se sent dépossédé du moment alors, si on ne faisait rien, rien du tout et qu'on croisait juste les doigts, ce serait difficile à accepter, et on ne pourrait pas se dire qu'on a réellement tout fait »*

Louise : *« Je ne voulais pas rester à rien faire, alors j'ai fait la démarche, c'est là qu'on sent qu'on participe, et de pouvoir l'utiliser dans le parcours, enfin, directement lors des interventions, c'est gratifiant, on peut se servir de ce qu'on a appris »*

Faire un enfant et l'accueillir (n=6)

Jeanne : *« On ne faisait pas rien, on faisait ça ensemble… c'est comme si on participait à faire notre enfant […] C'était beaucoup d'émotions, je l'imaginais s'accrocher, j'espérais de toutes mes forces, et voilà »*

Sophie : *« J'ai eu l'impression de pouvoir accompagner son implantation, je ne dirais peut-être pas ça s'il n'y avait pas eu Léna, mais c'est vraiment ce que j'ai ressenti »*

Louise : *« Il m'a semblé que je pouvais presque participer psychologiquement, en me détendant, en me relâchant complètement, et en ouvrant totalement mon esprit à recevoir »*

Aline : *« Pour le prochain (transfert), j'aimerais aller au bout de l'expérience, être encore plus sereine, et m'imaginer concevoir naturellement mon enfant afin d'effacer de mon esprit cette image de "grossesse artificielle" »*

Autohypnose = autonomie (n=2)

Jeanne : *« Même l'autohypnose, parce que du coup j'ai appris entre guillemets à le faire toute seule, même ça je continue à le faire, encore aujourd'hui […] C'est surtout l'autohypnose qui m'a aidée… Au début on se demande comment faire, mais à force d'entrainement, on écoute un peu les séances audio de temps en temps, moi je les écoutais quand j'avais du mal à m'endormir par exemple […] L'autohypnose on finit par s'en servir dès que ça va pas en fait, on apprend à vraiment lâcher prise »*

Maxence : *« C'est une forme d'éducation thérapeutique : le patient peut s'autonomiser en partie pour certaines indications simples, le stress, la peur, la douleur légère on va dire… Il suffit d'un peu d'entrainement et de volonté »*

Potentialiser la réussite ? (n=4)

Louise : *« Je suis intimement persuadée que l'hypnose m'a aidée à faire en sorte que cette tentative soit la bonne, il n'y a peut-être pas assez de recherches ou de résultats, mais pour ma part, même si je ne veux pas trop sauter de joie ou m'avancer vus mes antécédents, je pense que ça a joué. Beaucoup de choses se jouent sur le plan psychologique »*

Alexis : *« Ça donne en tout cas l'impression de… on essaye de se donner tous les moyens, d'utiliser tout ce qui est à notre disposition pour maximiser les chances… Et là, y'avait une part de psychologique dans notre histoire, j'en suis certain… On a surmonté cette épreuve en travaillant sur tout ça »*

La prise en charge médicale

Concernant la prise en charge médicale, l'hypnose a apporté du **confort durant les gestes** techniques aux personnes que nous avons interrogées : elle permet de **se relaxer**, **de faire abstraction de la médicalisation**, et d'**éviter** parfois une **anesthésie générale**, notamment dans le contexte de la ponction d'ovocytes. Par ailleurs, le **protocole HYPNOFIV** pour le transfert d'embryon semble avoir été apprécié. Aussi, l'**innocuité de l'hypnose** est un argument mis en avant par une partie de l'échantillon.

Le confort durant les gestes (n=4)

Valentine : *« Pendant l'intervention (Valentine parle ici de l'insémination intra-utérine), j'ai emmené des enregistrements audio d'autohypnose. C'est assez rapide mais au moins, j'avais l'esprit ailleurs que dans cette salle-là, c'est quand même plus confortable »*

Caroline : *« Que ce soit durant le transfert, ou la ponction d'ovocytes d'ailleurs […] j'ai été ravie de pouvoir utiliser ça pour les deux. On n'est pas focalisé sur ce qui fait peur, sur ce qui fait mal, on écoute juste la voix qui nous dit que tout va être confortable, et on se met presque à trouver que tout va bien, que tout est effectivement confortable »*

L'abstraction de la médicalisation (n=5)

Jeanne : *« On s'est senti actifs, mais aussi considérés, enfin, vous voyez, j'avais peur que le médecin refuse que je sois avec mes écouteurs, et en fait non, j'ai pu me poser, me relaxer, penser à mon futur bébé et voilà […] C'était vraiment un beau moment malgré l'environnement et la position (gynécologique) »*

Marie : *« Je suis vraiment reconnaissante aussi à cette sage-femme qui me permet d'avoir des outils pour m'échapper de toute cette médicalisation »*

Sarah : *« C'est un mauvais moment, ça fait pas vraiment mal, c'est pas ça… mais quand même, c'est très loin d'être agréable, de par la situation, le contexte l'environnement… aucun examen gynéco de base n'est agréable de toute façon, donc celui-là, c'est le pompon ! Là l'autohypnose, ça m'a simplement aidée à passer ce moment »*

L'alternative à l'anesthésie générale (n=4)

Caroline : *« Après avoir subi deux anesthésies générales, et encore, je ne parle pas de mon opération, là cette fois, la troisième sous anesthésie locale ! Mais quel bonheur… On s'en remet plus vite, y'a pas à dire ! »*

Maxence : *« Ça permet de proposer parfois une alternative à l'anesthésie générale, c'est essentiel, je suis vraiment content qu'elle ait accepté d'essayer, ça évite les risques liés à l'anesthésie, et donc certaines complications, on se remet plus vite de l'intervention, ça évite l'utilisation de certains médicaments… c'est très avantageux »*

Laure : *« J'ai pu échapper à une anesthésie générale, rien que pour ça je vous remercie (rires). Non mais j'ai toujours peur de ne pas me réveiller et là, j'ai abordé ça plus sereinement »*

Le protocole HYPNOFIV sur ordonnance (n=3)

Jeanne : *« Vous voyez, la sage-femme nous demande de faire de l'autohypnose avant, pendant, après, c'est un peu notre tâche à nous, mon compagnon l'a fait aussi du coup, donc on était dans notre truc »*

Maxence : *« Encore une fois, prescrire un protocole d'écoute de séance pour le transfert, c'est autonomiser le patient, lui permettre d'être actif, d'avoir des cartes en mains. Je pense que c'est très bien, et j'aime bien penser qu'effectivement, on pourrait retrouver des résultats similaires à l'étude menée en Israël »*

Laure : *« Le transfert d'embryon qui arrive, je l'appréhende beaucoup quand même, parce que c'est le premier … mais je trouve que, de savoir que je vais pouvoir être dans ma bulle pendant ce temps-là, c'est très rassurant. […] Avec l'étude que j'ai pu lire aussi, oui, évidemment, j'ai hâte de le suivre à la lettre, et je croise les doigts »*

L'innocuité (n=5)

Maxence : *« L'hypnose a l'avantage de faire du bien, parfois sur des petites choses, et peut-être pas sur tout le monde mais en tout cas, de faire du bien. Vous devez connaître aussi bien que moi la notion de bénéfices/risques et pour le coup… eh bien… l'hypnose présente quand même plus de bénéfices en comparaison des risques »*

Louise : *« L'hypnose ne peut pas empirer la situation dans tous les cas, donc autant s'en servir ! »*

Marie : *« De toute façon, ça ne peut faire que du bien »*

L'accompagnement de la grossesse et de la parentalité

Pour ceux ayant déjà connu une grossesse, nous avons posé la question de la poursuite de l'hypnose : **le fait qu'elle soit pratiquée par une sage-femme** est un point qui a été abordé. L'hypnose leur a permis, selon eux, de **vivre pleinement la grossesse à l'issue de la PMA** et de **se projeter dans la parentalité**.

Le fait que ce soit une sage-femme (n=3)

Jeanne : *« J'avais vraiment besoin des séances, aussi parce que du coup je voyais une sage-femme régulièrement, inconsciemment, peut-être que ça m'a rassurée ! »*

Caroline : *« Cette sage-femme-là m'avait suivi, durant tout le parcours, elle connaissait mon histoire, mes forces, mes faiblesses… Et puis, elle est sage-femme, la grossesse, c'est son rayon. Donc j'ai souhaité faire ma prépa avec elle, surtout que je me sentais vraiment à l'aise »*

Maxence : *« Je suis vraiment content qu'elle ait choisi de poursuivre pendant la grossesse. Cette sage-femme l'avait vraiment bien accompagnée durant notre parcours, ma femme avait vraiment pu se relaxer, décompresser, et prendre conseil aussi, puisque c'est une sage-femme »*

Vivre pleinement sa grossesse à l'issue d'une PMA (n=6)

Jeanne : *« Ça nous a permis de traverser cette période avec un peu moins d'appréhension… Après, y'a eu la préparation à la naissance, du coup c'était avec la même sage-femme et une séance d'hypnose à la fin à chaque fois, ça permet une certaine continuité avec le parcours on va dire, on se sent soutenu, y'a quelqu'un qui est là du début à la fin, ça aide […] à gérer le stress et positiver »*

Caroline : *« Je pensais que j'allais être vraiment très angoissée pendant ma grossesse, et finalement, ça va ! J'ai continué mes petites séances de relaxation avec mes écouteurs, voilà, j'essaye d'être à l'écoute de mon corps, des mouvements de bébés et finalement, je me surprends moi-même à être assez calme et à vivre pleinement ma grossesse… comme quoi ! »*

Sophie : *« Par contre je n'ai pas su faire ma préparation à la naissance avec la même sage-femme, ça me rappelait beaucoup trop de mauvais souvenirs… Ça représentait la PMA et je voulais sortir de cet esprit-là pour profiter de ma grossesse. En revanche, j'ai continué parfois à écouter des séances quand j'en avais besoin »*

Sarah : *« Être enceinte après ce parcours, oui c'est merveilleux, mais c'est aussi terrible… c'est un peu… un mélange d'anxiété et d'émerveillement… On a besoin d'être accompagné dans tout ça pour pouvoir apprécier au mieux la grossesse, et être plus sereine dans sa maternité »*

Alexis : *« La continuité dans l'accompagnement, c'est important pour aborder plus sereinement les évènements »*

Se projeter dans la parentalité (n=5)

Valentine : *« La séance de projection en tant que parent, de projection avec un enfant, avec un bébé, une fille pour ma part, c'est celle qui reste, j'y repense parfois pour me rassurer et me redonner le sourire... (silence) Je m'autorise parfois à m'imaginer comment je serais, en tant que maman »*

Aline : *« Pendant les séances au cabinet, je me suis imaginée à plusieurs reprises avec un bébé, mon bébé »*

Sarah : *« Je n'ai jamais essayé la préparation classique à la naissance, alors difficile de comparer les deux mais en tout cas, j'ai pu me centrer au maximum sur ma fille, et me projeter avec mon mari et elle c'était vraiment beau »*

Axes d'amélioration de l'accompagnement par l'hypnose

Nous avons, à la fin de l'entretien, demandé à chacun s'il aurait des suggestions à émettre afin d'améliorer l'accompagnement proposé en hypnose. Quasiment tous évoquent, d'une façon ou d'une autre, l'**accessibilité de la pratique**, qu'elle soit **financière**, ou surtout **matérielle**, au sens humain du terme.

Peu de professionnels formés (n=11)

Jeanne : *« Un meilleur accès surtout, une seule professionnelle pour Montpellier, c'est absolument pas suffisant »*

Caroline : *« Qu'on puisse plus facilement y avoir accès, que ce soit proposé directement dans les centres… »*

Maxence : *« Le problème c'est que très peu sont formés, ou n'ont pas le temps, ou ne pratiquent pas. Ce serait intéressant à développer, pour que plus de couples puissent s'y intéresser s'ils le souhaitent »*

Peu de prise en charge financière (n=5)

Jeanne : *« Un remboursement, peut-être de la sécu ou autre, je ne sais pas, des aides, des consultations mises en place par la clinique… »*

Laure : *« On pourrait envisager une aide… actuellement, même si certaines mutuelles remboursent, ça reste quelque chose qu'on prend à côté par nous-même… ou alors ça pourrait peut-être être inclus dans le suivi médical ? ».*

5.4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Dans cette synthèse, nous avons repris les notions fortes évoquées par les personnes interrogées lors des entretiens, et les avons regroupées sous forme d'un tableau (Tableau 2). Nous avons classé ces différentes notions selon l'axe auquel elles font références, à savoir l'infertilité, le parcours en AMP ou l'expérience de l'hypnose.

Prénom	Infertilité =	AMP =	Hypnose =
Valentine	*Échec* *Culpabilité*	*Stress et angoisse* *Difficultés organisationnelles* *Isolement* *Tensions* *Répercussions affectives* *Répercussions sexuelles*	*Surmonter ses peurs (enfants des autres)* *Gestion du stress et des angoisses* *Apaisement et relaxation* *Soutien, accompagnement et espoir* *Davantage de confort pendant les gestes* *Projection dans la parentalité*
Jeanne	*Inattendue* *Culpabilité* *Épreuve à surmonter* *Pression de l'entourage*	*Attente* *Peur de l'échec* *Hypermédicalisation* *Dépossession du corps* *Difficultés organisationnelles* *Répercussions sexuelles* *Report de projets*	*Se débarrasser d'un lourd passé* *Penser réussites plutôt qu'échecs* *Apaisement et relaxation* *Aide au sommeil* *Action pour la conception de l'enfant* *Autohypnose = autonomie* *Faire abstraction de la médicalisation*
Caroline	*Punition* *Deuil*	*Long parcours* *Contraintes imposées* *Stress et angoisse* *Douleur physique et émotionnelle* *Attente* *Complications* *Report de projets*	*Se débarrasser d'un lourd passé* *Surmonter ses échecs* *Se recentrer sur soi-même* *Mobiliser ses propres ressources* *Gestion de la douleur* *Gestion du stress et des angoisses* *Apaisement et relaxation* *Vivre pleinement sa grossesse*
Maxence	*Injustice* *Impuissance* *Culpabilité* *Deuil* *Tabou* *Épreuve à surmonter*	*Contraintes imposées* *Stress et angoisse* *Hypermédicalisation*	*Aide contre les addictions (tabac)* *Modifier ses représentations limitantes* *Mobiliser ses propres ressources* *Gestion du stress et des angoisses* *Soutien et accompagnement* *Se sentir acteur* *Alternative à l'anesthésie générale* *Accompagnement de la grossesse*
Laure	*Échec* *Tabou*	*Contraintes imposées* *Stress et angoisse* *Peur de l'échec* *Hypermédicalisation* *Difficultés organisationnelles*	*Modifier ses représentations limitantes* *Apaisement et relaxation* *Aide au sommeil* *Se sentir acteur* *Participer émotionnellement à la conception* *Alternative à l'anesthésie générale* *Projection dans la parentalité*
Céline	*Culpabilité* *Punition* *Tabou*	*Douleur physique et émotionnelle* *Stress et angoisse* *Peur de l'échec, complications* *Répercussions professionnelles* *Répercussions sexuelles*	*Surmonter ses échecs* *Reprendre confiance en soi* *Modifier ses représentations limitantes* *Apaisement et relaxation* *Alternative à l'anesthésie générale*

Sophie	*Impuissance* *Deuil*	*Contraintes imposées* *Stress et angoisse* *Fatigue et attente* *Douleur physique et émotionnelle* *Hypermédicalisation* *Dépossession du corps* *Sentiment de passivité* *Répercussions affectives* *Répercussions sexuelles*	*Belle découverte* *Se débarrasser d'un lourd passé* *Avoir une meilleure estime de soi* *Apaisement et relaxation* *Gestion du stress et des angoisses* *Soutien et accompagnement* *Espoir* *Meilleure fusion du couple* *Se sentir acteur* *Projection dans la parentalité*
Louise	*Culpabilité* *Tabou*	*Contraintes imposées* *Stress et angoisses* *Douleur physique et émotionnelle* *Difficultés organisationnelles* *Répercussions professionnelles* *Sujet de dispute*	*Modifier ses représentations limitantes* *Se réfugier et mobiliser ses ressources* *Gestion du stress et des angoisses* *Soutien et accompagnement* *Se sentir acteur* *Participer émotionnellement à la conception* *Potentialiser la réussite*
Aline	*Choc* *Culpabilité* *Punition* *Tabou*	*Hygiène de vie stricte* *Stress et angoisse* *Douleur physique et émotionnelle* *Impatience et attente* *Peur de l'échec* *Hypermédicalisation* *Répercussions affectives*	*Maximiser les chances* *Surmonter ses échecs* *Avoir une meilleure estime de soi* *Mobiliser ses ressources* *Gestion du stress et des angoisses* *Apaisement et relaxation* *Aide au sommeil* *Participer émotionnellement à la conception* *Alternative à l'anesthésie générale* *Projection dans la parentalité*
Marie	*Injustice* *Échec* *Deuil*	*Contraintes imposées* *Stress et angoisse* *Douleur physique et émotionnelle* *Attente* *Peur de l'échec* *Hypermédicalisation* *Sentiment de passivité* *Difficultés organisationnelles* *Répercussions professionnelles*	*Se débarrasser d'un lourd passé* *Surmonter ses échecs* *Avoir une meilleure estime de soi* *Mobiliser ses ressources* *Gestion du stress et des angoisses* *Soutien et accompagnement* *Abstraction de la médicalisation* *Innocuité* *Outil à disposition*
Sarah	*Inattendue* *Culpabilité* *Psychologique ?*	*Stress et angoisse* *Douleur physique* *Attente* *Hypermédicalisation* *Dépossession du corps* *Sentiment de passivité*	*Se débarrasser d'un lourd passé* *Modifier ses représentations limitantes* *Penser réussite plutôt qu'échec* *Gestion stress et angoisses* *Soutien et accompagnement* *Faire abstraction de la médicalisation* *Vivre pleinement sa grossesse* *Projection dans la parentalité*
Alexis	*Inattendue*	*Contraintes imposées* *Stress et angoisse* *Hypermédicalisation* *Dépossession du corps* *Répercussions professionnelles*	*Apaisement et relaxation* *Soutien et accompagnement* *Se sentir acteur* *Potentialiser la réussite* *Vivre pleinement sa grossesse*

Tableau 2 *Synthèse des résultats*

Pour avoir une idée un peu plus concrète de la satisfaction, nous avons simplement demandé aux personnes interrogées de noter l'impact de l'hypnose dans leur parcours d'AMP. Nous avons présenté les résultats obtenus sous forme d'un tableau également (Tableau 3) ainsi que d'un diagramme dit « en boîte » ou « à moustaches[27] » (Figure 1). Le barème de notation permettant d'interpréter ces notes se trouve en annexe (*Annexe* 8, p2).

Note de l'impact de l'hypnose sur le parcours *-10 = Impact négatif maximal 0 = Aucun impact 10 = Impact positif maximal*			
Valentine	8	Sophie	5
Jeanne	7	Louise	8
Caroline	8	Aline	9
Maxence	9	Marie	8
Laure	7	Sarah	6
Céline	5	Alexis	7

Tableau 3 *Notation par les couples de l'impact de l'hypnose sur leur parcours*

Sur la totalité des participants, nous obtenons sur 10 une **note minimale de 5**, une **note maximale de 9**, une **moyenne égale à 7,25** ainsi qu'une **médiane à 7,5** (diagramme vert).

Notons que pour les participants n'ayant pas eu d'enfant à l'issue de l'AMP, la moyenne des notes est de 7,5 pour une médiane à 8 (diagramme jaune), contre 7 de moyenne et de médiane pour ceux dont l'AMP a été favorable (diagramme bleu). Par ailleurs, pour les deux groupes, les notes minimale et maximale données, respectivement 5 et 9, sont les mêmes.

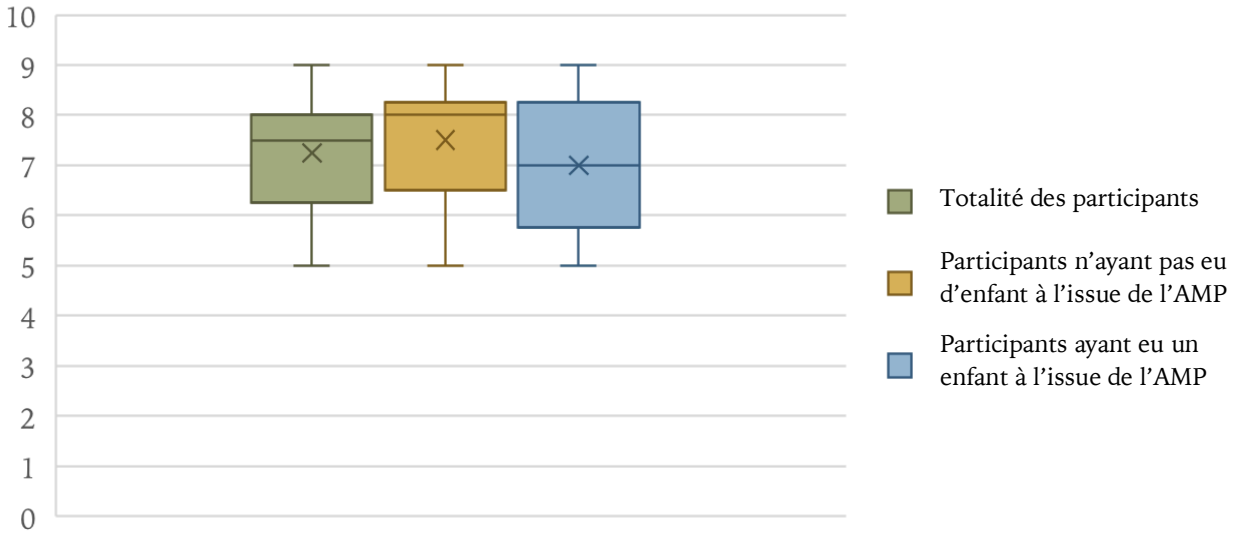


Figure 1 *Diagramme en boîte représentant la note attribuée à l'hypnose par les participants*

[27] Dans un diagramme en boîte ou boîte à moustaches, le curseur inférieur indique la donnée minimale, et le curseur supérieur la donnée maximale d'une série. La limite inférieure du rectangle représente le premier quartile *(25% des valeurs de la série lui sont inférieures ou égales)* et la limite supérieure le troisième quartile *(25% des valeurs lui sont supérieures ou égales*. La ligne séparant le rectangle en deux parties est la médiane, et la croix représente la moyenne.

TROISIÈME PARTIE

ANALYSE ET DISCUSSION

- VI -

ANALYSE ET DISCUSSION

6.1. POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE L'ÉTUDE

Points faibles de l'étude

Dans cette étude, il existe tout d'abord des **biais de sélection :**

Biais de recrutement

Notre étude étant monocentrique, les participants ont tous été recrutés au sein d'un seul centre, se révélant être une clinique privée. Il existe alors un risque que notre échantillon ne soit pas représentatif de la population générale.

Si nous avons pu interroger des hommes et des femmes dont l'issue du parcours est très différente, nous n'avons cependant pas eu de volontaire ayant eu recours à un don de gamète, ce qui risque d'occulter une partie des données que nous aurions pu recueillir. En effet, 5% des enfants conçus par AMP le sont grâce à un don [2,3].

Les séances d'hypnose étant à la charge de l'individu, nous pouvons penser que les participants sont potentiellement aisés.

De plus, chaque personne ayant choisi librement de recourir à l'hypnose, elle pourrait être naturellement plus ouverte aux techniques non conventionnelles.

Enfin, l'expérience de l'hypnose n'a pu se faire que par l'intermédiaire d'une seule praticienne, nous ne pouvons donc discuter qu'à partir de sa pratique. Celle-ci étant sage-femme, cela pourrait rendre également plus subjectif le point de vue des participants.

Biais de participation

Les personnes interrogées lors de notre étude étaient toutes volontaires, et le recrutement n'a pas été aléatoire **(biais de volontariat ou d'auto sélection)**. Les caractéristiques des individus qui se proposent pour une étude peuvent être différentes de celles des non-volontaires.

Aussi, cette étude présente un **biais d'interprétation** : l'analyse des résultats a été effectuée par la personne qui mène l'enquête, il y a alors un risque de **biais de confirmation**. Cependant, dans le cadre d'un mémoire d'étudiante sage-femme, il est difficile de pallier ce biais.

Les questions de notre étude portant sur des thèmes plutôt sensibles (la PMA, la situation affective, la sexualité…), et moi-même étant bientôt sage-femme étudiant l'hypnose, il existe un risque que les participants aient parfois « adapté leur discours », ou répondu de manière erronée. C'est ce qu'on appelle un **biais de prévarication.**

Nous pouvons noter que, pour des raisons organisationnelles, dix des entretiens ont été réalisés par téléphone. En effet, l'échantillon étudié est suivi à Montpellier, et il était compliqué de me rendre dans le sud de la France afin de m'entretenir sur rendez-vous avec les patients. Il ne m'a donc pas été possible d'observer chaque personne durant son témoignage, or, comme nous l'avons vu plus tôt dans ce travail, la communication non verbale est essentielle. En revanche, nous pouvons imaginer que, le fait, justement, de ne pas être « observée », ait pu la mettre à l'aise plus facilement, et l'aider à se sentir plus détendue. Deux autres entretiens ont, eux, eu lieu en visioconférence via le logiciel Skype.

Points forts de l'étude

Souvent qualifiée de « non scientifique », l'étude qualitative suit pourtant la même démarche que l'étude quantitative, à savoir l'élaboration d'une question de recherche, puis la réalisation d'un protocole suivant une méthodologie particulière. Celle-ci est particulièrement pertinente sur des sujets nouveaux, dont les données sont encore peu exploitées, ou dans l'exploration d'opinions, de croyances, de vécu, de représentations, … [45]

C'est dans ce cadre que nous avons choisi de réaliser un guide d'entretien semi-structuré, comprenant des questions à réponses ouvertes classées par thématiques, avec grandes questions et prévisions de relances éventuelles. Ces entretiens s'inscrivent alors dans une relation, un dialogue, et le cheminement des questions s'adapte au fil de la discussion. Le but étant de laisser le temps aux patients d'exprimer leurs émotions, de laisser libre cours à leur parole, à des explications, à des silences parfois, ou encore à des anecdotes.

Cette méthode nous a permis de recueillir douze témoignages riches et parlants, que nous avons tenté d'analyser rigoureusement et en profondeur. Par ailleurs, la trame de ces entretiens a été conçue de sorte à éviter au maximum les principaux biais méthodologiques, et notamment de formulation : nous avons essayé dans la mesure du possible de ne poser ni questions orientées, ni trop sensibles, et de ne pas influencer les réponses par des suggestions positives ou négatives. Les questions étaient courtes, simples, mais précises et neutres. Nous avons ensuite analysé chaque réponse, les classant par thèmes ou catégories.

Par ailleurs, l'hypnose expérimentée par nos participants a été pratiquée par une professionnelle de santé formée et compétente dans le domaine, mais aussi dans celui de la procréation médicalement assistée. De plus, à l'issue de plusieurs entretiens, ceux-ci ont fait part de leur intérêt pour le sujet, et m'ont demandé de leur communiquer un exemplaire numérique de mon mémoire une fois celui-ci achevé. Pour terminer, ce travail m'a énormément apporté sur le plan personnel, mais aussi, j'en suis sûre, sur le plan professionnel, à l'aube de devenir moi-même sage-femme.

Notre étude portait sur la problématique suivante : « **L'hypnose peut-elle trouver sa place dans les services d'AMP ? Peut-elle améliorer le confort des couples, et, par conséquent, avoir un impact positif sur leur vécu tout au long du parcours ? Peut-elle apporter une plus-value dans la prise en charge globale, de la première consultation à la naissance de l'enfant ?** ». À partir de cinq hypothèses que nous avions formulées en amont, nous allons tenter de répondre à cette problématique, sur la base des résultats que nous avons obtenus.

6.2. UNE PRATIQUE BIEN ACCEPTÉE DANS CE CONTEXTE PARTICULIER

Hypothèse n°1 :
Les patients peuvent **refuser d'avoir recours à l'hypnose**, notamment en raison d'**idées reçues** et d'une **méconnaissance** de la pratique.

Avant de nous intéresser à ce que pourrait apporter ou non l'hypnose aux couples suivis pour infertilité, il était important de **savoir si cette pratique serait bien acceptée par la population**. Nous avons alors demandé aux personnes interrogées ce qu'elles pensaient de l'hypnose avant de l'expérimenter, ainsi que leurs motivations pour y avoir recours.

Des patients parfois réticents au premier abord…

Lors de notre entretien, Sophie me fait part de ce qu'évoque l'hypnose pour elle : *« quand on entend le mot hypnose, on pense magie, charlatan ou encore à quelque chose de mystique… alors, c'est quand je me suis renseignée que j'ai compris que j'étais sûrement loin du compte »*. Cette citation illustre parfaitement les préjugés que peut avoir tout un chacun sur l'hypnose, en l'absence de renseignements préalables. Mais dans notre échantillon, seul un tiers se trouvait dans cette situation avant de connaître l'hypnose (n=4) : les quatre expliquent avoir émis une réserve en premier lieu, mais tous ont changé d'avis après s'être informés, ou l'avoir expérimentée.

Il semble que les **réticences vis-à-vis de l'hypnose** soient, comme nous le pensions, liées à des **idées reçues, véhiculées parfois par les médias, réseaux sociaux**, … ou à **une méconnaissance** de la pratique, ainsi qu'un **manque d'informations** reçues, parfois même de la part des professionnels soignant dans les équipes de PMA.

…mais une pratique bien acceptée dans ce contexte particulier

Un tiers de nos participants possédait déjà une certaine connaissance de la pratique, de par leur profession ou curiosité personnelle. Les autres se sont majoritairement renseignés par eux-mêmes, via des sites internet, des articles scientifiques parfois, ou simplement par le retour d'expérience de personnes qu'ils connaissaient.

Dans notre échantillon, indépendamment de l'opinion ou connaissance initiale, les personnes que nous avons interrogées ont principalement fait part d'une nécessité d'accompagnement, et de leur confiance envers les professionnels de santé (n=7), et donc envers leurs pratiques. Elles expriment aussi avoir été rassurées par le fait d'être prises en charge par une sage-femme, parfois *« synonyme de maternité »*. Dans leurs motivations, on retrouve le fait d'être prêt à tout tenter pour avoir un enfant.

Nous pouvons alors penser **que les couples sont prêts à tenter l'expérience de l'hypnose en tant qu'accompagnement** dans le contexte de l'AMP.

L'hypothèse n°1 est donc **partiellement validée** : il existe certes parfois une **réticence au premier abord**, mais celle-ci est assez **rapidement dissipée** par : le **souhait d'être accompagné** et de **tout tenter pour concevoir un enfant**, des **renseignements adaptés**, des **retours d'expériences**, ainsi qu'une certaine **confiance envers les professionnels de santé**.

6.3. AMÉLIORER LE CONFORT ET LE VÉCU DES COUPLES

Hypothèse n°2 :
L'**hypnose** peut contribuer à **améliorer le confort et le vécu** des couples tout au long du parcours d'AMP.

Afin de discuter de cette hypothèse, il était nécessaire de recueillir dans un premier temps **les attentes** des patients, **leurs besoins**, ainsi que les éléments sur lesquels il serait nécessaire d'agir. Nous leur avons ensuite demandé **ce que l'hypnose avait pu leur apporter** selon eux, afin de **confronter les réponses.**

Améliorer le vécu de l'infertilité

D'après la littérature, lors de l'annonce d'une infertilité, les premiers sentiments ressentis par les couples sont la crainte de ne pas pouvoir devenir parents, et la culpabilité [5], d'abord l'un envers l'autre, mais aussi à vis-à-vis de la famille, et surtout des parents. À ce propos, Monique BYDLOWSKI[28] parle de non-règlement de ce qu'elle appelle la « dette de vie » [14,46]. L'infertilité pose également question sur le plan social, en particulier pour la femme, qui doit renoncer à son statut de mère et à l'état de grossesse. Elle peut aussi se sentir différente des autres, voire isolée. L'annonce au couple de l'infertilité peut, par ailleurs, entraîner les mêmes réactions que face à un deuil : déni, recherche d'une cause, colère, jalousie… [14,15,46].

[28] Monique BYDLOWSKI, est psychiatre, psychanalyste et directeur de recherche à l'Inserm. Elle pratique en maternité hospitalière et est l'une des premières, en France, à s'être penchée sur l'expérience psychique de la grossesse.

Lors de notre étude, les personnes interrogées sur l'annonce de leur infertilité ont évoqué majoritairement (n=8) la culpabilité, envers elles-mêmes, leur partenaire ou leur famille, ce qui correspond plutôt aux données de la littérature. Elles ont ensuite, par ordre d'importance décroissant, abordé la notion de tabou social, familial ou même au sein du couple, de choc, de travail de deuil, de sentiment d'échec, d'injustice ou d'impuissance, ou encore d'épreuve à surmonter ensemble.

En réponse à ces problématiques, la littérature fait principalement référence à l'accompagnement psychologique ou au counseling[29] [14,15]. Lors de notre étude, nous avons pu mettre en évidence que près de la moitié des personnes expriment avoir effectué un travail efficace sur eux-mêmes par le biais de l'hypnose. En effet, ils évoquent notamment, avec leurs mots, la possibilité de se débarrasser de représentations limitantes, c'est-à-dire de « croyances » personnelles, tellement ancrées qu'elles peuvent nous empêcher d'envisager d'autres idées, et par conséquent d'avancer [17].

Exemple : Lorsque quelqu'un a entendu depuis toujours dire par son entourage qu'il est « douillet », il a tendance à s'en persuader lui-même, et à accentuer sa propre sensation douloureuse de manière inconsciente. Parfois, le simple fait de féliciter le patient concernant la gestion de sa douleur, et de le valoriser à ce sujet, lui permet de prendre conscience qu'il peut tout à fait la gérer seul, contrairement à son idée initiale, et sa perception de la douleur tend par la suite à diminuer.

Cette possibilité en hypnose de travailler sur « ce que l'on croit », et donc « ce que l'on perçoit », est utile, notamment pour surmonter les sentiments d'échec, de culpabilité et de tabou, qui sont majoritairement ressentis par les couples infertiles. À ce propos, nous pouvons par exemple citer Sarah : « *une part de moi se disait aussi qu'on ne pouvait plus avoir d'enfant après un avortement. Et j'avais ça encore très ancré dans mon esprit je pense. Peut-être que ça, inconsciemment, ça m'empêchait... eh bien peut-être d'être enceinte qui sait ? J'ai chassé ça de mon esprit en quelques séances* ». Cette méthode permet par ailleurs d'apprendre à se concentrer sur le positif plutôt que sur le négatif, et donc d'avoir à l'esprit davantage les réussites que les échecs.

Il est également possible de travailler en hypnose, à l'aide d'un professionnel entraîné, sur le « déblocage » concernant un traumatisme, comme une fausse couche par exemple, ce qui a permis à cinq des douze personnes que nous avons interrogées de se débarrasser d'un passé émotionnellement lourd pour eux. Cet outil permet également de faire face, par les mêmes moyens, au choc de l'annonce de l'infertilité.

---

[29] Le **counseling** est un terme introduit par Carl ROGERS, psychologue et fondateur de l'approche centrée sur la personne, dans les années 1970. Il désigne une *« relation dans laquelle une personne tente d'en aider une autre à comprendre et à résoudre les problèmes auxquels elle doit faire face. »* Le counseling est décrit par Catherine TOURETTE-TURGIS, professeur des Université à la Sorbonne et chercheure, comme un processus de brève durée, s'adaptant aux besoins, mais ne pouvant se limiter à une intervention unique. Il aurait des effets tels que l'amélioration de l'état psychologique du patient, et pourraient être étendus aux groupes [47,48].

Pour terminer, l'hypnose permet la mobilisation des ressources personnelles comme l'expliquent cinq de nos participants, dont Caroline : *« à la fin, on sait mobiliser nos forces, celles qui existent déjà naturellement au plus profond de nous. Tout le monde a des capacités, parfois sous-estimées »*. Ces ressources utilisées à bon escient peuvent aider à surmonter une épreuve, mais aussi faciliter un travail de deuil.

Nous pouvons également noter qu'un tiers de l'échantillon a évoqué une amélioration de l'estime de soi et de la confiance en soi, certainement rendue possible par le biais des suggestions positives fréquentes en hypnose.

À partir de ces résultats, nous pouvons affirmer que **l'hypnose répond aux besoins des couples au sujet de leur infertilité,** principalement suite à un travail effectué sur eux-mêmes.

Accompagner au mieux et prendre soin

D'après la littérature, l'impact émotionnel du parcours d'AMP en lui-même semble également important. Si le début du processus est signe d'espoir et entraîne un sentiment réconfortant de prise en charge, plus d'un tiers des couples évaluent cet impact comme « fort » à « très fort » d'après l'enquête menée par Ipsos en 2019 [5,14]. Fatigue, stress et sentiment d'injustice sont parmi les conséquences psychologiques les plus souvent relatées. Aussi, près de trois tentatives sur quatre n'aboutissent pas, laissant place au découragement, à la colère, au sentiment d'être perdu, à l'attente et à l'angoisse. Certains couples prennent alors la décision difficile de renoncer aux traitements [5,15].

Notre étude tend à confirmer ces connaissances initiales, puisque tous nos participants ont fait part de leur stress, de leurs angoisses, et deux tiers ont évoqué les contraintes imposées par le parcours. Ont été mentionnés, par ordre décroissant de fréquence lors de notre recueil : l'hypermédicalisation, la douleur physique, mais aussi émotionnellement ressentie, la peur de l'échec, l'attente, le sentiment de passivité, la fatigue, ainsi que les complications.

Nous pouvons alors citer Caroline qui témoigne à propos de ce parcours : *« un parcours du combattant oui ! Long, contraignant… qui demande énormément de capacités d'adaptation… »*. Maxence évoque également le stress et l'angoisse : *« je suis plutôt du genre à intérioriser… Ça génère de l'angoisse, c'est indéniable. J'y pensais à la maison, quand j'allais travailler, sur la route ou à l'hôpital… Ça reste toujours dans un coin de la tête. Puis, c'est stressant, tout est stressant »*. À propos de l'hypermédicalisation, nous pouvons citer Jeanne : *« pour quelqu'un comme moi qui ne supportait pas les prises de sang, les aiguilles, j'ai été servie ! […] Sans parler de toute cette médicalisation, c'est vraiment anxiogène, on finit par se sentir "malades" à force de voir tant de médecins, de subir tant de techniques, alors qu'on ne l'est pas »*.

En réponse, l'expérimentation de l'hypnose par les couples leur a été bénéfique, majoritairement en termes de gestion du stress et des angoisses (n=9) mais aussi d'apaisement, de relaxation (n=8), ce qui correspondait aux besoins principaux de notre échantillon. En témoigne Sarah : *« je ressentais un stress permanent, est-ce que je vais être enceinte, oui, non, peut-être, est-ce que ça va bien se passer, est-ce qu'il y aura des complications ? … J'ai appris à être beaucoup plus zen et c'est tant mieux »* ou encore Louise *: « si je ressens un flot d'émotions négatives, maintenant, je sais quoi faire […] En tout cas, je me sens considérablement moins stressée »*. Aussi, plus de la moitié a évoqué spontanément l'hypnose en tant que soutien et accompagnement (n=7), à l'image de Valentine qui s'est sentie *« suivie, soutenue et écoutée par quelqu'un qui s'y connait »*. Ce point était, comme nous l'avons vu précédemment, la demande première des usagers de l'AMP, et est nécessaire pour en traverser les multiples épreuves [5,13]. L'abstraction de la médicalisation, la gestion de la douleur physique, du sommeil et de la fatigue, ainsi que le fait de garder espoir ont également été cités.

À ce titre, nous pouvons considérer **que l'hypnose permet de prendre soin des couples, de les accompagner** et de **les aider dans leur propre gestion de ce qui est difficile au quotidien**. Elle permet notamment de **les apaiser, de les soulager et de les soutenir**.

Apaiser les retentissements sur le couple

D'après le sondage mené par Ipsos en 2019, pour une majorité, le couple a été à la fois plus fort et plus complice, mais les relations ont aussi été plus tendues. L'impact sur les projets de vie est important pour un tiers des personnes confrontées à l'AMP d'après ce même sondage. Certains évoquent une sexualité orientée : les rapports ont pour vocation de concevoir l'enfant, ils sont programmés en fonction de l'ovulation, et cette perte de connotation de plaisir peut bouleverser l'intimité [5,14].

Lors de notre étude, sept participants ont fait mention de retentissements sur leur vie de couple, soit plus de la moitié.

À propos de la sexualité, Valentine, par exemple, me disait lors de notre entretien : *« c'est particulier, la fatigue, le stress, tout ça joue beaucoup, peut-être bien que les hormones provoquent une diminution de la libido également »* et Jeanne ajoutait : *« même inconsciemment, la vie sexuelle est forcément impactée pendant la PMA, ne serait-ce que parce qu'on finit par ne plus se sentir tout à fait maître de son corps »*, complétée par Céline : *« on a parfois eu le sentiment que cela ne servait à rien »*. Ces jeunes femmes évoquent ici les problématiques sexuelles durant le parcours, liées au stress, à la fatigue ou peut-être même à certains traitements. Par ailleurs, elles évoquent une orientation des rapports vers la conception de l'enfant, en corrélation avec les données recueillies par Ipsos.

Concernant la vie affective, voici le témoignage de Valentine : *« c'est un cercle vicieux : je suis très angoissée, donc très tendue, y compris avec mon compagnon, et on se dispute »*. Elle évoque ici le même aspect que ce qui a pu être décrit. Aussi, Jeanne explique bien qu'il y a un paradoxe entre le renforcement du couple et l'accroissement des tensions ou le report de projets : « *je dirais que nous, ça nous a rendu plus fort [...] En fait, ce que ça change, c'est qu'on en parle beaucoup, ça nous bloquait dans pas mal de projets... on a repoussé notre mariage par exemple [...] tout mis bout à bout, on a quand même l'impression d'avoir été... en suspend pendant quatre ans... »*

Nous souhaitions alors savoir si l'hypnose avait apporté une réponse satisfaisante à ces retentissements. Un tiers de l'échantillon a évoqué l'harmonie du couple : grâce aux séances audio d'autohypnose tout d'abord, que ce soit pendant le transfert ou dans la vie quotidienne. Marie me disait d'ailleurs, à propos de son compagnon : *« il me soutient, depuis le début, il me suit aussi là-dedans, je pense que ça nous a rapproché quelque part, il se prête au jeu des séances, quelque chose nous relie vers le même but »*. Les paroles de Sophie concernant l'hypnose dans sa vie affective et sexuelle permettent par ailleurs d'illustrer l'impact indirect de la pratique, par le biais de la gestion du stress notamment : « *ça diminue nettement le stress, j'étais apaisée, j'avais moins peur, j'y pensais moins, j'étais moins tendue [...] même si lui n'adhérait pas du tout au concept, ça a amélioré la fusion de notre couple, j'étais plus zen, plus disponible pour lui, pour nous, pour du sexe aussi il faut être honnête, j'allais mieux, donc notre couple allait mieux. Ça a considérablement diminué les tensions entre nous »*

Selon notre étude, quatre personnes semblent donc exprimer un bénéfice sur leur vie affective et/ou sexuelle grâce à l'hypnose contre sept qui, initialement, en mentionnaient les retentissements. Nous pouvons cependant dire que, comme l'a évoqué Sophie, les bénéfices cités précédemment tels que la gestion du stress, des angoisses, de la fatigue ainsi que la relaxation peuvent de toute façon n'avoir qu'un impact positif sur l'harmonie du couple.

En définitive, nous pouvons dire, que **l'hypnose est susceptible d'apaiser** par différents moyens **les retentissements sur la vie affective et sexuelle** des couples en parcours d'AMP.

Aider à la gestion des contraintes professionnelles et sociales

Selon la même enquête concernant le vécu des usagers de l'AMP, 43% se déclarent impactés dans leur motivation pour aller travailler le matin, ainsi que dans leur bien-être au travail. Par ailleurs, le parcours impacterait, en plus de la vie professionnelle, également la vie sociale et, notamment, les relations avec leur entourage. Près de la moitié évalue cet impact entre 5 et 7/10. En effet, la majorité se sent soutenue, mais a aussi le sentiment que personne ne peut comprendre, et développe parfois une forme de jalousie envers les femmes enceintes qui les entourent [5].

Lors de notre étude, sept participants ont déclaré ressentir des difficultés dans leur vie professionnelle, mais aucun n'a mentionné la motivation à se rendre au travail. Ce qui est le plus décrit (n=5) est un problème d'organisation, et de conciliation entre le parcours et la vie active. Sur cette donnée, il semble difficile d'avoir un impact avec l'hypnose. En revanche, Céline et Louise, par exemple, respectivement manager et professeur d'anglais, évoquent une certaine fragilité engendrée par le parcours, qu'elles ne peuvent *« se permettre de montrer »* dans le cadre professionnel. Elles ont alors utilisé l'hypnose qui peut, en revanche, apporter des bénéfices dans ce contexte, en rapport avec la gestion des émotions.

À propos de la vie sociale, un tiers évoque un tabou envers l'entourage, les amis, la famille, mais aussi la pression. Ces sentiments peuvent amener à réduire les contacts avec les proches, comme l'évoque Valentine : *« je suis me suis pas mal isolée depuis le début, surtout de mes copines qui ont des enfants… j'avais peur de me retrouver avec elles et leurs bambins, peur de craquer »* ou encore Céline : *« par exemple, j'ai longtemps dit à toutes mes amies que je ne souhaitais pas d'enfants… ».*

Par le biais de la mobilisation de ressources ou de la modification des représentations négatives, l'hypnose peut aider dans la gestion de leur vie sociale, ce qu'explique Valentine dans la suite de son témoignage : *« ça a été un travail petit à petit. Avec les premières séances, j'ai appris à me concentrer sur tout ce que j'avais accompli dans ma vie, toutes mes réussites et à les valoriser. J'ai fini par me dire que j'étais capable de surmonter toutes ces épreuves, et aussi de dépasser ma peur. Je me suis lancée un défi à moi-même, garder le petit garçon de deux ans d'une amie, toute une matinée. Et j'ai réussi, ça m'a même fait vraiment plaisir »*

Nous pouvons estimer que **l'hypnose apporte une aide pour surmonter certains retentissements sur la vie professionnelle et sociale** au cours du parcours en AMP.

Au total, il est possible de **valider l'hypothèse n°2**. Nous pouvons confirmer, à partir de nos résultats, que **l'hypnose dans le parcours d'AMP des couples contribue à améliorer leur confort et leur vécu**. Elle leur apporte des outils pour faire face à l'annonce de l'infertilité, ainsi qu'à la globalité du parcours qu'ils traversent, et à certains retentissements.

6.4. PERMETTRE AU COUPLE DE SE SENTIR ACTEUR

Hypothèse n°3 :
L'hypnose peut **permettre au couple de se sentir acteur** de sa prise en charge et de la conception de l'enfant.

Nous avions hésité à séparer les hypothèses n°2 et n°3. En effet, le sentiment de participation active du patient peut jouer une part importante dans sa perception de son propre confort, et de son vécu, qui relèvent de l'hypothèse précédente. Toutefois, il nous est apparu important de **mettre en avant cette notion de patients acteurs**, notamment dans ce moment privilégié et intime qu'est normalement la **conception d'un enfant,** et de **déterminer si l'hypnose peut y jouer un certain rôle.**

Agir pour sa prise en charge et s'investir

L'éducation pour la santé, promue par l'OMS, consiste en une démarche d'accompagnement favorisant l'émergence de comportements favorables à la santé. Elle s'appuie sur une approche du patient prenant en compte ses facteurs médicaux, émotionnels et sociaux, et s'inscrit dans la prise en charge dite « globale » de l'individu. Dans ce contexte, le patient est encouragé à devenir acteur, voire auteur de sa santé, dans le but de l'améliorer. Sa situation spécifique, ses particularités, ses émotions, ses désirs et ses représentations sont, par ailleurs, pris en compte [49]. Dans la prise en charge globale de l'AMP, il existe une part importante d'éducation pour la santé, notamment menée par les sages-femmes (apprentissage des auto-injections, explications sur la physiologie des cycles menstruels, de l'ovulation, etc…). Cependant, nous sommes en contact avec de nombreux couples concernés dans notre profession, au quotidien, et notre constat nous amenait à penser que ceux-ci se sentent plutôt « passifs » dans leur prise en charge. Nous avons alors émis l'hypothèse lors de notre étude que l'hypnose pouvait pallier ce problème.

La notion de passivité ressort effectivement de notre étude. Les deux tiers des participants évoquent ce sentiment dans le parcours, voire la dépossession du corps, ou l'impuissance. Une courte citation d'Alexis peut par exemple illustrer ces propos : *« notre corps ne nous appartient plus, ou en tout cas, on n'en fait rien nous ! »*.

Par la suite, six mentionnent l'action possible de l'hypnose, et tout particulièrement de l'autohypnose, sur ces sentiments. Maxence résume alors très bien ce qu'il a ressenti en s'impliquant par le biais de l'autohypnose : *« on agit, on ne se sent ni complètement patient, ni complètement passif. On ne suit pas juste des instructions, on s'implique, on s'investit. Le rôle d'observateur est très difficile, surtout sur un sujet aussi intime que celui de faire un enfant. Déjà qu'on se sent dépossédé du moment alors, si on ne faisait rien, rien du tout et qu'on croisait juste les doigts, ce serait difficile à accepter »*.

Aussi, l'autohypnose est considérée comme un gage d'autonomie par deux de nos participants, dont Maxence toujours, visiblement très intéressé par cette facette de l'hypnose : « *c'est une forme d'éducation thérapeutique : le patient peut s'autonomiser en partie pour certaines indications simples, le stress, la peur, la douleur légère on va dire... Il suffit d'un peu d'entrainement et de volonté* ». Rappelons que Maxence est infirmier et sensibilisé à la pratique dans son métier, ce qui biaise peut-être tout de même son point de vue, ou alors lui permet de l'exprimer plus clairement.

Cependant, il semble en définitive que **l'autohypnose soit un outil d'autonomisation** en AMP, permettant aux patients de **se sentir davantage acteurs** de leur prise en charge.

« Faire un enfant »

Nous avons trouvé assez peu de références dans la littérature concernant l'implication des émotions des couples dans la conception de l'enfant. Pourtant, lors des protocoles d'AMP, certaines équipes médicales les encouragent à poursuivre leurs relations sexuelles avant le transfert d'embryon lors d'une FIV (elles sont déconseillées dans les heures qui suivent en raison des contractions utérines qu'elles peuvent provoquer), et après l'IIU (un délai d'abstinence de deux à cinq jours devant être respecté avant le recueil de sperme), dans le but notamment de préserver le côté « romantique » de la conception.

À ce propos, dans notre échantillon, Sarah nous a d'abord dit : « *j'étais totalement inutile, on faisait un peu mon enfant à ma place quelque part, j'étais dépossédée de ma fonction reproductrice* » complétée parfaitement par Sophie : *« ma fille a été conçue... à l'extérieur de mon propre corps, alors, c'est très difficile à accepter, à intérioriser. Je me suis sentie... certainement moins femme, dépossédée de ma féminité, de ma capacité à… pas donner la vie parce que j'ai donné la vie, mais à la créer, voilà, à la créer »*

Pour répondre à ce sentiment, il ressort de notre étude que l'hypnose aurait une place privilégiée. En effet, la moitié de nos participants affirme avoir eu le sentiment de participer émotionnellement à la conception de leur enfant ! Par exemple, Jeanne me parlait de ce qu'elle et son partenaire ont ressenti dans ce moment particulier : « *on ne faisait pas rien, on faisait ça ensemble... c'est comme si on participait à faire notre enfant [...] C'était beaucoup d'émotions, je l'imaginais s'accrocher, j'espérais de toutes mes forces, et voilà* ». Aussi, Louise ajoute : *« il m'a semblé que je pouvais presque participer psychologiquement, en me détendant, en me relâchant complètement, et en ouvrant totalement mon esprit à recevoir* ». Aline illustre bien également cette idée : *« pour le prochain (transfert), j'aimerais aller au bout de l'expérience de l'autohypnose, et être encore plus sereine, et m'imaginer concevoir naturellement mon enfant afin d'effacer de mon esprit cette image de "grossesse artificielle"* ». Pour terminer, Sophie renchérit sur le sentiment de passivité, en incluant cette fois l'hypnose *: « j'ai eu l'impression de pouvoir accompagner son implantation* ».

Il semble alors que le couple puisse **s'investir émotionnellement dans la conception de l'enfant, ainsi que dans son « accueil »,** par le biais de l'autohypnose.

Nous sommes alors en mesure de **valider l'hypothèse n°3** : l'hypnose, et tout particulièrement **l'autohypnose**, permet aux couples **de s'autonomiser, et de participer « par le biais des émotions », à ce moment intime** qu'est la conception.

6.5. OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Hypothèse n°4 :
L'hypnose peut participer à l'**optimisation de la prise en charge médicale** en AMP.

Nous souhaitions également nous pencher brièvement sur la prise en charge médicale en AMP. En effet, à partir de notre sujet, il nous paraissait important de nous questionner sur la place de l'hypnose directement **dans les services, lors d'interventions ou procédures.**

Apporter du confort durant les gestes

Si tous les gestes médicaux en général entrainent du stress voire de l'anxiété, les interventions en AMP ont comme caractéristique d'induire une peur de l'échec. Les niveaux d'anxiété sont importants au cours de la procédure, celle-ci étant d'une part chronique, en raison de l'expérience de l'infertilité et des traitements antérieurs, mais également aigüe, en rapport avec l'attente des résultats de ce cycle. Chaque tentative, qu'elle soit une insémination ou un transfert, est précieuse pour le couple, qui y investit énergie physique et émotionnelle [50].

Au cours de notre étude, nous laissions la possibilité aux participants d'évoquer par eux-mêmes ce qui a été difficile dans leur parcours, et si ceux-ci ont effectivement développé la médicalisation de leur parcours, ainsi que leur peur de l'échec, peu se sont attardés sur le vécu des procédures médicales lors de leur récit sur l'AMP.

En revanche, lorsque nous avons ensuite discuté d'hypnose, un tiers des participants a abordé le confort durant les gestes. Par exemple, Valentine nous parle de son insémination intra-utérine : *« pendant l'intervention, j'ai emmené des enregistrements audio d'autohypnose. C'est assez rapide mais au moins, j'avais l'esprit ailleurs que dans cette salle- là, c'est quand même plus confortable »* et Caroline complète, à propos des autres interventions : *« que ce soit durant le transfert d'embryon, ou la ponction d'ovocytes d'ailleurs [...] j'ai été ravie de pouvoir utiliser ça pour les deux. On n'est pas focalisé sur ce qui fait peur, sur ce qui fait mal, on écoute juste la voix qui nous dit que tout va être confortable, et on se met presque à trouver que tout va bien, que tout est effectivement confortable ».*

D'ailleurs, nous avons vu plus tôt dans ce travail que la sage-femme hypnothérapeute « prescrit » sur ordonnance le protocole HYPNOFIV aux couples pour plus d'observance, protocole composé de trois séances d'autohypnose dédiées spécifiquement au transfert d'embryon. Un tiers des participants nous en a parlé, comme Laure qui ne l'a, elle, pas encore expérimenté, mais qui semble ravie d'avoir cet outil à disposition : *« le transfert d'embryon qui arrive, je l'appréhende beaucoup quand même, parce que c'est le premier … mais je trouve que, de savoir que je vais pouvoir être dans ma bulle pendant ce temps-là, c'est très rassurant »*. D'autres évoquent l'abstraction de l'environnement médical, mais également l'autonomisation et le fait d'être actif pour sa prise en charge, notions que nous avons expliquées précédemment.

En conclusion, nous pouvons affirmer à partir de ces résultats que l'hypnose permet d'**apporter un certain confort aux couples durant les procédures de l'AMP.**

Proposer une alternative à l'anesthésie générale lors de la ponction d'ovocytes

Aussi, durant nos recherches, nous avons pu déterminer que de plus en plus de centres d'AMP proposent l'hypnose comme alternative à l'anesthésie générale lors des ponctions d'ovocytes. Si cette possibilité se répand, c'est certainement en raison des preuves que l'hypnose a faites en matière d'analgésie [16,17,18,23,38]. Celle-ci suppose d'avoir du personnel formé disponible, en particulier dans l'équipe d'anesthésie, et ne peut donc pas s'appliquer partout.

Cette proposition est faite aux couples dans notre centre d'étude, et quatre de nos participants nous en ont parlé, comme Laure, qui avait très peur de l'anesthésie générale : *« j'ai pu échapper à une anesthésie générale, rien que pour ça je vous remercie (rires). Non mais j'ai toujours peur de ne pas me réveiller et là, ça m'a permis d'aborder ça plus sereinement »* ou Caroline, qui qualifie cette possibilité "de bonheur" : *« après avoir subi deux anesthésies générales, et encore, je ne parle pas de mon opération, là cette fois, la troisième sous anesthésie locale ! Mais quel bonheur… On s'en remet plus vite, y'a pas à dire ! »*. Fort de son point de vue d'infirmier, Maxence complète, à propos de sa femme : *« ça permet de proposer parfois une alternative à l'anesthésie générale, c'est essentiel, je suis vraiment content qu'elle ait accepté d'essayer, ça évite les risques liés à l'anesthésie, et donc certaines complications, on se remet plus vite de l'intervention, ça évite l'utilisation de certains médicaments… c'est très avantageux »*.

Il semble alors que l'autohypnose permette un bénéfice certain en évitant, selon le contexte, d'avoir recours à une anesthésie générale pour la ponction d'ovocytes. Cette alternative permet par ailleurs de **contourner les risques liés à ce type d'anesthésie**.

Potentialiser la réussite ?

Dans la littérature, la question d'une optimisation possible de certains taux de réussite en AMP par l'utilisation de l'hypnose fait l'objet de plusieurs recherches, passées ou en cours, à l'international. Ces études concernent le plus souvent le transfert d'embryon [41,42,43] ou l'infertilité idiopathique [39,40]. Pour l'instant les études sont trop peu nombreuses, comportent souvent des biais et leurs conclusions tendent à se contredire.

Pourtant, trois participants nous ont spontanément parlé d'une étude connue à ce sujet au cours de nos entretiens, et quatre ont alors évoqué le fait que l'hypnose puisse optimiser leurs chances de réussite, comme Louise : *« je suis intimement persuadée que l'hypnose m'a aidée à faire en sorte que cette tentative soit la bonne, alors, il n'y a peut-être pas assez de recherches ou de résultats, mais pour ma part, je pense vraiment que ça a joué. Beaucoup de choses se jouent sur le plan psychologique »* ou Alexis : *« Ça donne en tout cas l'impression de… on essaye de se donner tous les moyens, d'utiliser tout ce qui est à notre disposition pour maximiser les chances… Et là, y'avait une part de psychologique dans notre histoire, j'en suis certain… On a surmonté cette épreuve en travaillant sur tout ça »*.

Si nous ne pouvons pas tirer de conclusion à ce sujet à partir de notre étude, nous pouvons simplement dire que certains participants estiment que l'hypnose optimise leurs chances de réussite. En effet, cet avis serait en lien avec certaines études qui concluent en ce sens, et en raison de son action sur les facteurs psychologiques et émotionnels entrant en jeu dans la conception d'un enfant et dans la physiologie de la fertilité.

L'avantage de la balance bénéfices/risques

Il ressort de la littérature scientifique que l'hypnose ne présente aucune contre-indication en dehors des troubles psychiatriques graves ou aigus, ni d'effets indésirables [16], ce qui va plutôt dans le sens de son innocuité pour la population générale.

À ce sujet, cinq des personnes que nous avons interrogées ont mentionné le fait que l'hypnose soit dépourvue de risque, comme Marie, qui affirme que *« de toute façon, ça ne peut faire que du bien »*. Maxence développe un peu plus ses propos : *« l'hypnose a l'avantage de faire du bien, parfois sur des petites choses, et peut-être pas sur tout le monde, mais en tout cas, de faire du bien. Vous devez connaître aussi bien que moi la notion de bénéfices/risques et pour le coup… l'hypnose présente quand même plus de bénéfices en comparaison des risques je pense ! Puisqu'il n'y en a pas vraiment dans le contexte médical »*

Nous pouvons donc tirer de la littérature et de notre étude, que **l'avantage de l'hypnose repose en partie sur son innocuité** dans le contexte de l'AMP.

À ce titre, nous pouvons valider l'hypothèse n°4 et conclure que l'hypnose permet d'**optimiser la prise en charge médicale**, dans la mesure où elle **apporte du confort aux couples** dans la réalisation des procédures, et permet de **contourner les risques inhérents à l'anesthésie générale** lors des ponctions. Par ailleurs, si aucune étude ne prouve une optimisation des chances de réussite, il apparait qu'elle puisse **n'apporter que du positif** du fait de son **innocuité.**

6.6. ACCOMPAGNER LA GROSSESSE À L'ISSUE DU PARCOURS

Hypothèse n°5 :
L'hypnose peut potentialiser un **accompagnement particulier** de la **grossesse** à l'issue d'une PMA, notamment par la sage-femme.

En dernier lieu, nous souhaitions traiter de la suite du parcours, et plus particulièrement de la **place de l'hypnose lors de la grossesse et de la parentalité à l'issue d'une PMA**. Cette étude a été possible en raison de la profession de sage-femme de la praticienne que les couples ont consultée. Celle-ci propose accompagnement et séances de PNP tout particulièrement dédiés à ces couples, ce qui a facilité notre démarche. Nous supposions que **la pratique de l'hypnose dans ce contexte puisse constituer un accompagnement adapté** à la situation.

Accompagner la grossesse à l'issue d'une procréation médicalement assistée

Lorsque la grossesse fait suite à une PMA, l'anxiété du parcours est remplacée par une joie immense. Mais cette grossesse « précieuse » peut, elle aussi, rapidement devenir source d'angoisse : tout est mis en œuvre pour tenter de la préserver. Les futurs parents peuvent présenter une grande inquiétude concernant le développement et la survie de leur enfant. Par ailleurs, un mécanisme de protection, parfois inconscient, peut se mettre en place en prévision de possibles déceptions. L'investissement, la parentalité, et l'établissement du lien mère-enfant peuvent en être impactés [50,51]. Il apparait essentiel dans ce contexte qu'un accompagnement particulier soit proposé aux femmes enceintes après un parcours d'AMP. C'est d'ailleurs ce que m'expliquait Sarah : *« être enceinte après ce parcours, c'est merveilleux, mais c'est aussi terrible… c'est un peu… un mélange d'anxiété et d'émerveillement… On a besoin d'être accompagné dans tout ça »*

Dans notre étude, un quart des participants a d'ailleurs fait référence à cet accompagnement. Jeanne se sentait rassurée par le fait de voir une sage-femme en plus de son suivi classique, et affirme : *« j'avais vraiment besoin des séances, aussi parce que je voyais une sage-femme régulièrement, inconsciemment, peut-être que ça m'a rassurée »*. Caroline, elle, évoque la continuité du parcours et la relation privilégiée avec cette professionnelle : *« cette sage-femme-là m'avait suivi, durant tout le parcours, elle connaissait mon histoire… Et puis, elle est sage-femme, la grossesse, c'est son rayon. Donc j'ai souhaité faire ma prépa avec elle, surtout que je me sentais vraiment à l'aise »*.

Aussi, quatre des personnes que nous avons interrogées ont un enfant issu de la PMA, et trois l'attendent : Caroline et Maxence accueilleront leur premier bébé dans quelques semaines, et Louise est au tout début de sa grossesse. Sur les sept, cinq évoquent le fait de vivre pleinement la grossesse avec l'hypnose. En effet, Louise n'a pas encore pu en faire l'expérience, et Sophie a estimé que voir la même sage-femme lui aurait rappelé de trop mauvais souvenirs : *« par contre je n'ai pas su faire ma préparation à la naissance avec la même sage-femme, ça me rappelait beaucoup trop de mauvais souvenirs... Ça représentait la PMA et je voulais sortir de cet esprit-là pour profiter de ma grossesse. En revanche, j'ai continué parfois à écouter des séances quand j'en avais besoin ».* Jeanne, elle, au contraire, évoque la continuité du parcours : *« ça nous a permis de traverser cette période avec un peu moins d'appréhension... Après, y'a eu la préparation à la naissance, du coup c'était avec la même sage-femme et une séance d'hypnose à la fin à chaque fois, ça permet une certaine continuité avec le parcours on va dire, on se sent soutenu, y'a quelqu'un qui est là du début à la fin, ça aide ».* Quant à Caroline, elle se félicite d'avoir été plutôt apaisée durant sa grossesse : *« je pensais que j'allais être vraiment très angoissée pendant ma grossesse, et finalement, ça va ! J'ai continué mes petites séances de relaxation avec mes écouteurs, voilà, j'essaye d'être à l'écoute de mon corps, des mouvements de bébés et finalement, je me surprends moi-même à être assez calme et à vivre pleinement ma grossesse... comme quoi ! »*

Les couples semblent alors penser que **l'hypnose peut accompagner cette grossesse particulière,** y compris **par le biais de la PNP.** Cependant, si la plupart évoque les bénéfices de l'hypnose à ce sujet, il est vrai que **le fait que la praticienne soit une sage-femme peut orienter leur jugement**, il n'en serait peut-être pas de même si elle était issue d'une autre profession.

Se projeter dans la parentalité

Par ailleurs, en France, l'hypnose est assez largement proposée aux couples pour la PNP, dispensée principalement par les sages-femmes. Cette méthode permettrait à la femme enceinte de mobiliser ses ressources en temps voulu afin d'appréhender la sensation douloureuse et se recentrer sur ses sensations corporelles positives. L'autohypnose peut l'aider à être autonome, actrice de son accouchement, et lui donner confiance en elle [26]. La PNP peut aussi amener une projection dans les différentes phases de l'accouchement, et apporter des outils pour un accouchement plus serein. Dans le contexte de l'AMP, l'enfant a parfois été tellement attendu, imaginé et idéalisé qu'il est parfois difficile de se projeter concrètement dans ce rôle de parent.

Cinq participants m'ont alors parlé de projection en tant que parent, même certains n'ayant jamais eu d'enfant comme Valentine ou encore Aline : *« pendant les séances au cabinet, je me suis imaginée à plusieurs reprises avec un bébé, mon bébé »* Pour Sarah en revanche, la PNP par l'hypnose est récente, puisque sa fille n'a que huit mois : *« je n'ai jamais essayé la préparation classique alors difficile de comparer les deux mais en tout cas, j'ai pu me centrer au maximum sur ma fille, et me projeter avec mon mari et elle c'était vraiment beau ».*

En conclusion, il est possible de dire **que l'hypnose permet de se projeter avec un enfant, durant le parcours** d'abord en faisant appel à l'imagination et à la créativité, mais aussi et surtout **durant la grossesse**, afin d'appréhender au mieux la parentalité.

Notre **hypothèse n°5** est alors validée. L'hypnose peut potentialiser **un accompagnement particulier voire personnalisé de la grossesse à l'issue de la PMA**, y compris lors de la **PNP** et ce **jusqu'à la naissance**, tout en aidant les couples à **se projeter dans la parentalité.**

6.7. SATISFACTION GLOBALE ET AXES D'AMÉLIORATION

Pour conclure cette étude, nous avions abordé avec les patients leur satisfaction globale de l'hypnose, notamment par le biais d'une note sur son impact général dans leur parcours. Nous avons parfois eu du mal par téléphone à « expliquer » le barème de notation (*Annexe* 8, p2) mis en place, mais nous avons fait en sorte que les participants comprennent au mieux cette question.

Nous pouvons observer, par le biais du diagramme à moustaches présenté lors de nos résultats (Figure 1) sur la totalité des participants : une **note minimale de 5/10**, une **note maximale de 9/10**, une **moyenne égale à 7,25** ainsi qu'une **médiane à 7,5**. Notons que nous avions laissé la possibilité de mettre des notes négatives.

La note minimale donnée, à savoir 5/10, représente d'après notre barème un « impact positif moyen ». **Les participants estiment que l'hypnose a eu au moins un impact positif moyen sur leur parcours.** La note maximale de 9/10 signifie, elle, un « impact positif très fort ».

D'après notre échelle de notation, la moyenne de 7,25 se situe entre un **« impact positif fort » et un « impact positif très fort »** sur le parcours d'AMP. **Il semble alors que les personnes qui ont accepté de témoigner pour notre étude estiment que l'hypnose a été globalement source de bénéfices dans leur quotidien.**

Notons que la moyenne des notes, pour les personnes interrogées n'ayant pas eu d'enfant à l'issue de l'AMP, est de 7,5 pour une médiane à 8, contre 7 de moyenne et de médiane pour les ceux dont l'issue a été favorable. Mais pour les deux groupes, les notes minimale et maximale données sont les mêmes. Nous pouvons donc simplement dire **que la satisfaction de l'hypnose ne dépend pas forcément de l'issue du parcours**, puisque les participants pour lesquels elle n'a pas été favorable n'ont pas donné de notes inférieures.

Nous leur avions également demandé s'ils recommanderaient l'hypnose à un couple dans une situation similaire, et tous (n=12) nous ont répondu par l'affirmative.

En tout dernier lieu, nous avions posé la question à ces patients de **ce qui pourrait**, selon eux, **améliorer l'accompagnement proposé dans le cadre de l'hypnose**.

La grande majorité (n=11) nous a interpellés sur **le peu de professionnels de santé formés proposant ce type d'accompagnement,** à l'image de Maxence : « *le problème c'est que très peu sont formés, ou n'ont pas le temps, ou ne pratiquent pas. Ce serait intéressant à développer, pour que plus de couples puissent s'y intéresser s'ils le souhaitent* » ou Caroline, qui propose *« qu'on puisse plus facilement y avoir accès, que ce soit proposé directement dans les centres »*. En effet, il semble y avoir de grandes disparités de disponibilité des praticiens selon la zone géographique ; certains couples ne peuvent donc pas, à l'heure actuelle, avoir accès à l'hypnose pour accompagner leur parcours.

D'autres (n=5) ont évoqué l'**absence d'aide ou de remboursement généralisé**, *« même si certaines mutuelles remboursent »* d'après Laure. Celle-ci propose également que l'hypnose soit *« incluse dans le suivi médical »* et proposée comme une consultation par les centres d'AMP par exemple ; cette idée a été évoquée par un tiers des participants (n=4).

- VII -

PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS

7.1. VERS UNE EXTENSION DE LA PRATIQUE ?

L'impact économique

Actuellement, l'hypnose pratiquée par le personnel de santé est, selon l'Inserm, l'une des pratiques alternatives les *« plus intégrées à l'offre de soins conventionnels »* [16]. Au bloc opératoire ou en complémentarité de certains traitements médicaux, **elle s'est faite une place dans les établissements de santé**. En effet, elle semble **présenter de multiples intérêts :** diminution du nombre d'anesthésies et de complications, réduction de la durée des séjours, amélioration de la relation soignant-soigné, … Elle permettrait, par ailleurs, d'amoindrir le coût de la prise en charge.

Par exemple, au centre des grands brûlés de Lausanne (Suisse), l'analyse financière révèle qu'*« il suffit que neuf patients bénéficient annuellement de l'hypnose pour que l'impact économique soit positif, ce qui correspond au salaire annuel de l'infirmière qui la pratique »* [52].

Nous pouvons citer l'étude *« Intérêt médico-économique de l'hypnosédation »* menée à Grenoble, qui conclut à une réduction significative de 30% ($p<0,01$) du coût global d'une conisation lorsque celle-ci est réalisée sous hypnose (357€ contre 517€ avec une anesthésie générale) [18,53]. En effet, si les préjugés placent l'hypnose comme une technique chronophage et coûteuse, cette étude met en balance :

- Une augmentation de deux minutes de la consultation d'anesthésie en raison du « recueil de thème », ce qui n'augmente pas le coût de cette consultation
- Le prix de la formation des professionnels de santé (ici anesthésistes-réanimateurs et IADE).

- Éviter le passage en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) ou « salle de réveil »
- Réduire la durée de séjour
- Améliorer la réhabilitation post-opératoire

Au total, ils estiment qu'il faudrait réaliser 65 conisations pour amortir le prix de la formation du médecin anesthésiste, et 43 pour celle de l'IADE.

Au-delà des **bénéfices immédiats pour le patient** comme ceux que nous avons développés tout au long de notre analyse, ou ceux décrits dans de nombreuses études (confort, diminution de la douleur, de l'anxiété, reprise plus précoce des activités), **l'hypnose serait également une source d'économie pour la structure la mettant en place.**

L'impact pour les équipes de soins

Alors que les bénéfices de l'hypnose pour les patients sont bien établis, son impact sur le personnel soignant reste peu investigué. Il a été mis en évidence, dans une équipe de médecine interne aux États-Unis, qu'un changement favorable dans l'attitude générale des soignants est observé à partir du moment où l'hypnose est intégrée dans leur pratique [54].

Aussi, une étude de cohorte prospective a été menée en 2011 au CH Universitaire Vaudois (Lausanne) sur les soignants s'occupant de patients brûlés dans les services de médecine intensive adulte et de chirurgie plastique et reconstructive ; une diminution significative de la perception du stress est observée lorsque ces procédures sont pratiquées sous hypnose concernant les soins douloureux, ou impliquant un patient algique, anxieux ou agité [55].

Actuellement, les impacts négatifs du stress sur la santé et l'épuisement professionnel, font partie de la réalité des soignants **: l'hypnose intégrée aux soins pourrait permettre également de réduire le stress des équipes soignantes**. D'autres études développent les impacts positifs de l'hypnose pour les soignants : contribution à l'empathie, amélioration de la relation aux autres, bien-être et développement personnel, diminution de l'absentéisme, … [56]

7.2. D'AUTRES ÉTUDES À MENER

En 2016, l'Assurance-Maladie estimait le coût moyen de l'AMP à près de 300 millions d'euros : de 845€ pour une tentative d'IIU intraconjugale à 4 419€ pour FIV ICSI suivie d'un transfert d'embryon congelé, incluant dans les deux cas un bilan de fertilité. Notons que seules 16,9% de ces tentatives aboutissent à une naissance vivante [57].

Comme nous l'avons vu, certaines publications suggèrent un taux de réussite plus élevé lorsque l'hypnose est introduite en supplément des traitements de la PMA [40,41], ce qui irait dans le sens d'une diminution du nombre de tentatives, et donc des coûts. Aussi, nous pouvons, en accord avec certaines données de la littérature [17,21,22], émettre l'hypothèse selon laquelle l'impact de l'hypnose sur le stress et l'anxiété à long terme puisse prévenir les dépressions post-natales consécutives à la PMA, diminuer le recours aux médicaments antidépresseurs, aux consultations de psychiatrie et aux arrêts-maladie ; l'action de l'hypnose sur ces conséquences pourrait in fine **réduire le coût de la prise en charge globale des couples en AMP.**

Il nous semble qu'il pourrait alors être intéressant de **mener davantage de recherches sur le sujet de l'hypnose en AMP, notamment prospectives, en continuité ou en complément de la nôtre**.

Nous pouvons dire, à partir de notre étude préliminaire, qu'un échantillon de douze patients de l'AMP évalue l'impact positif de l'hypnose pratiquée par une sage-femme dans son parcours comme « fort » à « très fort ».

Nous pourrions envisager ensuite une étude effectuée à plus large échelle : qu'elle soit qualitative dans le même but, ou alors quantitative, afin de déterminer plus concrètement les impacts de l'hypnose en AMP sur le stress, la douleur ou l'angoisse, par le biais de test validés scientifiquement. Nous pourrions également imaginer une enquête interrogeant directement les professionnels de santé dans ces services, afin de recueillir leur avis sur la question, et les impacts dans leur travail. Aussi, il serait pertinent de rechercher une éventuelle contribution économique de l'hypnose dans la prise en charge globale d'une PMA, comme l'a fait Grenoble pour la conisation. En parallèle, son utilisation dans l'infertilité idiopathique ainsi qu'au moment du transfert d'embryon continue d'être étudiée dans certaines équipes de recherches, la littérature actuelle n'apportant pas de réponse formelle à ce sujet.

Au final, il nous semble que **si l'évaluation de la pratique s'avérait positive, il pourrait être pertinent d'envisager une proposition plus large de l'hypnose dans les services d'AMP, conformément à la demande des usagers** qui réclament un soutien, un accompagnement et un accès aux « médecines complémentaires » [13].

7.3. PROPOSITIONS POUR LA PRISE EN CHARGE GLOBALE EN AMP

La prise en charge médicale

Notre étude préliminaire va dans le sens d'un champ d'indications de l'hypnose bien plus large que son utilisation actuelle dans les services d'AMP. Nous pourrions donc imaginer, de manière concrète, une **extension de la proposition de l'hypnose dans le cadre :**

- De la ponction d'ovocytes en **alternative à l'anesthésie générale de manière systématique**, voire pour d'autres interventions liées à l'AMP et réalisables sous hypnosédation.

Bénéfices envisagés : diminution des coûts liés à l'anesthésie, absence de passage en SSPI, diminution de la durée du séjour, du stress de la patiente, de l'anxiété, des risques et de la médication, mieux-être de l'équipe soignante

- Du **transfert d'embryon** ou de **l'insémination intra-utérine**, même si ces gestes ne nécessitent pas d'analgésie (**autohypnose ou hypnose formelle**).

Bénéfices envisagés : diminution du stress de la patiente et du couple, de l'anxiété, participation active, dimension émotionnelle de la conception de l'enfant, mieux-être de l'équipe soignante. En outre, si de nouvelles études allaient dans le sens d'une augmentation du taux de réussite, nous pourrions envisager des bénéfices certains pour le couple, mais également une réduction du coût lié à une tentative ultérieure.

L'accompagnement

Il serait également possible **d'étendre la proposition de l'hypnose dans le cadre :**

- De la **consultation d'annonce**, réalisée par un professionnel médical de santé (médecin, sage-femme, …) formé **en hypnose conversationnelle**.

Bénéfices envisagés : limiter le choc émotionnel, la sensation d'hypermédicalisation, favoriser l'acceptation du parcours, rassurer, avoir un discours positif

- D'une **consultation individuelle proposée dès l'indication d'une PMA**, menée par un professionnel de santé (IDE, sage-femme, …) formé **en hypnose conversationnelle et formelle.**

Bénéfices envisagés : agir sur les croyances limitantes, le stress, l'angoisse, le confort, apaiser les tensions, les conflits et la peur de l'échec, accompagner de manière personnalisée, initier à l'utilisation de l'autohypnose

- De **séances de groupe tout au long du parcours**, réalisées au sein du service d'AMP par un professionnel de santé (IDE, sage-femme, …) formé **en hypnose conversationnelle et formelle.**

Bénéfices envisagés : tous ceux cités lors de notre étude

Ces propositions reposent évidemment sur la formation des soignants à l'hypnose et sur leur disponibilité. Il pourrait être pertinent, au regard des études précédemment menées, d'**investir dans la formation du personnel** afin d'en récolter les bénéfices.

Proposition d'un protocole

Au vu de notre travail, il nous paraissait opportun de proposer **un exemple de protocole de service** (*Annexe* 12) reprenant les propositions citées précédemment. Ce protocole pourrait être destiné à tout établissement de santé souhaitant introduire la pratique de l'hypnose dans le service d'AMP. Cependant, celui-ci nécessiterait d'avoir suffisamment de professionnels formés.

Il reprend les idées suivantes :

- *Une consultation d'annonce de la nécessité d'une prise en charge en PMA (hypnose conversationnelle)*
- *Une délivrance d'informations concernant le dispositif d'hypnose*
- *Une consultation personnalisée pour appréhender le processus (hypnose conversationnelle et formelle)*
- *Une initiation à l'autohypnose pour les patientes voire leur partenaire (hypnose formelle et autohypnose)*
- *Des séances de groupe (hypnose formelle)*
- *Une adaptation de la consultation d'anesthésie aux besoins de l'hypnose*
- *Des procédures médicales sous hypnose (hypnose conversationnelle, formelle, et autohypnose)*

Nous pourrions par la suite imaginer **des protocoles d'évaluation** de l'utilisation de l'hypnose dans le service concerné, selon l'axe qui nous intéresse (impact économique, impact sur l'anxiété, le stress, la douleur, satisfaction des patientes et de l'équipe de soins, …)

CONCLUSION

Les répercussions négatives de l'AMP sur la vie des couples sont multiples ; prendre soin d'eux et les prendre en charge de manière globale est alors essentiel, de la première consultation pour infertilité jusqu'aux suites de la naissance de leur enfant.

Dans la population générale, il semble que l'hypnose fasse encore l'objet de nombreuses idées reçues et d'une certaine méconnaissance. Néanmoins, notre étude suggère que les couples semblent prêts à tenter l'expérience dans le contexte très particulier de l'AMP. La littérature va également dans le sens de bénéfices pour les établissements de santé, sur le plan économique, mais aussi sur le plan humain. **L'hypnose pourrait donc être proposée, et acceptée** au sein des services d'AMP.

Par ailleurs, **l'hypnose semble améliorer le confort des couples, et présenter des bénéfices tout au long du parcours de la PMA**. Elle permet notamment d'effectuer un travail sur soi, et d'apprendre à mobiliser ses ressources. Il s'agit d'un outil essentiel, présentant une **action spécifique dans la gestion de la douleur, du stress, et des angoisses, qui permet d'être apaisé et de se relaxer.** Aussi, elle constitue un soutien et un accompagnement qui peut parfois renforcer l'harmonie du couple. Elle amène par ailleurs à se sentir acteur, autonome, et à engager ses émotions lors de la conception de l'enfant.

Dans la prise en charge médicale de l'AMP, l'hypnose permet de rendre plus confortable certaines procédures, de faire abstraction de la médicalisation, de proposer une alternative à l'anesthésie générale et d'en éviter les complications. Aussi, l'absence d'effet indésirable en fait une pratique sûre.

De même, lors de la grossesse, l'hypnose permet un accompagnement particulier, adapté au contexte de la PMA, une préparation à la naissance, ainsi qu'une projection dans la parentalité.

À ce titre, nous pouvons dire que **l'hypnose apporte une plus-value dans la prise en charge globale des couples suivis en PMA, de la première consultation à la naissance de leur enfant.** D'ailleurs, ceux-ci estiment en moyenne que **l'hypnose a un impact positif « fort » à « très fort »** sur leur parcours.

Il pourrait alors être intéressant de **réaliser d'autres études ultérieurement, et d'étendre la proposition du recours à l'hypnose dans la prise en charge globale liée à l'AMP**.

BIBLIOGRAPHIE

[1] De la Rochebrochard E. 1 enfant sur 30 conçu par assistance médicale à la procréation en France. Population et Sociétés. 2018 ;556:1-4

[2] Ohannessian A, Gamerre M, Agostini M. Épidémiologie de la fertilité. EMC – Gynécologie. 2014 ;9(2):1-7

[3] Leridon H. L'infertilité en France : données épidémiologiques. adsp. 2011 ;75:11-4

[4] Perrin J, Sunyach C, Bretelle F, et al. Fertilité : quels risques en lien avec l'environnement professionnel et extra-professionnel ? Archives de Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2018 ;79(3) :298

[5] Ipsos. Vécu et perceptions du parcours en AMP en France. Fév 2019. Disponible sur : < https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2019-03/parcours_amp_en_france.pdf>

[6] Mandelbaum J. L'assistance médicale à la procréation, un des traitements de l'infertilité. adsp. 2011 ;75:14-9

[7] Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Rev Med Suisse. 2010 ;6:1511-3

[8] Olivennes F, Hazout A, Frydman R. Assistance médicale à la procréation. 3ème éd. Masson ;2006. (Abrégés de médecine)

[9] Merlet F, Bergère M, Van Den Heuvel T. Cadre juridique de l'assistance médicale à la procréation en France, à l'aube du processus de révision de la loi de bioéthique. Revue Francophone des Laboratoires. 2018 ;2018(504):63-9

[10] Maubon A, Pouquet M, Piver P, et al. Imagerie de l'infertilité féminine. J Radiol. 2008 ;89:172-84

[11] Lévy-Dutel L. Le grand livre de la fertilité. Eyrolles ;2015

[12] Inserm [Internet]. Assistance médicale à la procréation (AMP) – dossier d'information (page consultée le 17/02/20). Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/assistance-medicale-procreation-amp>

[13] Collectif BAMP [Internet]. Manifeste de l'association : 48 propositions pour améliorer la prise en charge de l'infertilité et de l'AMP en France (page consultée le 20/04/19). Disponible sur : <https://bamp.fr/manifeste-association-patients-et-ex-patients-amp-pma/>

[14] Jaoul M. Vécu psychologique des couples ayant recours à l'AMP. adsp. 2011 ;75:24-7

[15] Girard E, Vasiliki G, Simona T, et al. Détresse psychologique des couples infertiles : une approche globale. Rev Med Suisse. 2017 ;13:371-4

[16] Gueguen J, Barry C, Hassler C, et al. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. INSERM U 1778 Santé mentale & Santé publique ;2015

[17] Totsi G. Le grand livre de l'hypnose. 1ère éd. Eyrolles ;2015

[18] Virot C, Bernard F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. 2ème éd. Arnette ;2018

[19] Bernard F, Musellec H. La communication dans le soin : hypnose médicale et techniques relationnelles. 1ère éd. Arnette ;2013

[20] Nciri M. La communication hypnotique : mieux communiquer pour mieux prendre soin. Revue de médecine pratique. 2015 ;43:48-50

[21] Aïm P. L'hypnose, ça marche vraiment ? Marabout ;2017

[22] Henry JD. Vivre pleinement ma grossesse avec l'hypnose : avant, pendant, après ! In press ;2018

[23] Marc I, Rainville P, Masse B, et al. Hypnotic analgesia intervention during first-trimester pregnancy termination: an open randomized trial. Am J Obstet Gynecol. 2008 ;199:469.

[24] Reinhard J, Hüsken-Janssen H, Hatzmann H, et al. Hypnotherapy, gestational age and incidence of preterm labour. Z Geburtshilfe Neonatol. 2010 ;214(3):82-7.

[25] Melh LE. Hypnosis and conversion of the breech to the vertex presentation. Arch Fam Med 1994 ;3:881-7.

[26] Villa D. L'autohypnose, une aide à la naissance. Vocation Sage-Femme. 2015 ;114 :18-20.

[27] Cyna A, McAuliffe G, Andrew M. Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. BJA. 2004 ;93(4):505-11.

[28] Meyer M. L'hypnose : Découvrir l'histoire, les mécanismes et les bienfaits du processus hypnotique. 1ère éd : Eyrolles ;2014

[29] Barrucand D. Histoire de l'hypnose en France. 1ère éd. Paris : Presses universitaires de France ;1976

[30] Rausky F. Mesmer ou la révolution thérapeutique. 1ère éd. Payot ;1977

[31] Edelman N. Le somnambulisme magnétique : les enjeux d'une mise à la marge (Première moitié du XIXe siècle en France). L'homme & la société. 2008 ;167-168-169(1):85-100

[32] Despine A. De l'emploi du magnétisme animal et des eaux minérales dans le traitement des maladies nerveuses, suivi d'une observation très curieuse de guérison de névropathie. Paris : Germer Baillière ;1840

[33] Maquet P, Faymonville MÉ, Degueldre C, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. Biol Psychiatry. 1999 ;45(3):327-33

[34] Rainville P, Duncan GH, Price DD, et al. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. Science. 1997 ;277(5328):968-71

[35] Derbyshire S, Whalley MG, Stenger VA, et al. Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. Neuroimage. 2004 ;23(1):392-401

[36] O'Moore AM, et al. Psychosomatic aspects in idiopathic infertility: effects of treatment with autogenic training. J Psychosom Res. 1983;27(2):145-51

[37] De Watteville H. Psychologic factors in the treatment of sterility. Fertil Steril. 1957;8(1):12-24

[38] August RV. Hypnosis: an additional tool in the study of infertility. Fertil Steril. 1960;11(1):118-23

[39] Gravitz MA. Hypnosis in the treatment of functional infertility. Am J Clin Hypn. 1995;38(1):22-6.

[40] Vyas R, Adwanikar G, Hathi L, et al. Psychotherapeutic intervention with hypnosis in 554 couples with reproductive failure. J Indian Med Assoc. 2013;111(3):167-9, 173.

[41] Levitas E, Parmet A, Lunenfeld E, et al. Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization–embryo transfer: a case-control study. Fertility and Sterility. 2006 ;85(5):1404-8

[42] Domin M. Étude hypnoart : l'intérêt de l'hypnose pendant les transferts d'embryons ; quelle influence sur le taux de grossesse clinique ? [Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine, Gynécologie médicale]. Angers : Université d'Angers ; 2014.

[43] Lelaidier D, Arnoux A. Hypnose et autohypnose dans le parcours PMA pour un transfert d'embryon apaisé. 11ème Forum de la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves ; 2019 May 1-4; Montpellier, France.

[44] Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives. Armand Colin ;2004

[45] Association pour la recherche qualitative. La reconnaissance de la recherche qualitative dans les champs scientifiques. Recherches qualitatives. 2013;32(1)

[46] Bydlowski M. La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité. Presses universitaires de France ;2008

[47] English HB. A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms. David McKay ;1958

[48] Tourette-Turgis C. Le counseling. Presses universitaires de France ;1997

[49] INPES. Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé. La santé de l'Homme. 2005 ;377

[50] Goëb JL, Férel S, Guetta J, et al. Vécus psychologiques des démarches d'assistance médicale à la procréation. Annales Médico Psychologiques. 2006 ;164 :781-88

[51] Lazaratou H, Golse B. Du désir à l'acte : les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA). La psychiatrie de l'enfant. 2006 ; 49(2):573-99

[52] Davadant M, Raffoul W. L'hypnose : un apport de choix dans la prise en charge du patient gravement brûlé. Med Emergency.2011 ;7 :5-7

[53] Schweitzer J, Fize C. Intêret médico-économique de l'hypno-sédation. 7ème Congrès International Hypnose et Douleur ; 2018 Jun 14-16 ;Saint-Malo, France.

[54] Stewart JH. Hypnosis in contemporary medicine. Mayo Clin Proc. 2005;80(4):511-24

[55] Bertholer O, Davadant M, Cromec I, et al. L'hypnose intégrée aux soins de patients brûlés : impact sur le niveau de stress de l'équipe soignante. Rev Med Suisse. 2013 ;9:1646-9

[56] Pérret A. Impact de la formation à l'hypnose médicale et thérapeutique sur la pratique professionnelle des soignants : étude qualitative. [Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Grenoble : Université Grenoble Alpes ; 2017

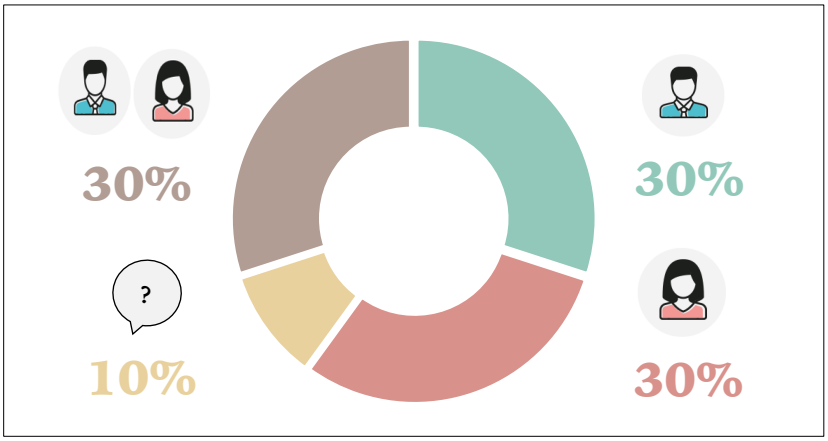
[57] Cour des comptes. La sécurité sociale : Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. (Chapitre IX L'assistance médicale à la procréation : une efficience à renforcer) ; 2019 oct

[58] Michaud D, Halfon Y, Wood C. Manuel d'hypnose pour les professions de santé. Maloine ;2007

ANNEXES

Annexe 1 : Les principales causes d'infertilité

On considère en moyenne que 30% des infertilités auraient une origine mixte, 30% une origine féminine et 30% une origine masculine, et que 10% d'entre elles resteraient inexpliquées à l'issue des examens diagnostiques.



L'infertilité dont l'origine est dite masculine est déterminée par l'étude du spermogramme. Ses causes peuvent être :

- ♂ **Sécrétoires :** le testicule ne fabrique pas ou pas assez de spermatozoïdes : elles peuvent être d'origine centrale ou périphérique, congénitale ou acquise.
- ♂ **Obstructives :** le testicule est sain mais les spermatozoïdes ne sont pas acheminés en raison d'une IST, d'un traumatisme ou encore d'une absence de canaux déférents.
- ♂ **Vasculaires :** les veines spermatiques peuvent présenter des varices qui provoquent notamment un réchauffement du testicule.
- ♂ **Infectieuses :** certaines bactéries peuvent altérer le pouvoir fécondant des spermatozoïdes.
- ♂ **Immunologiques :** l'homme peut s'immuniser contre ses propres spermatozoïdes s'il existe une rupture de la barrière hémato-testiculaire.
- ♂ **Sexologiques :** elles peuvent faire suite à une anomalie de l'érection ou de l'éjaculation

Chez la femme, le diagnostic s'appuie sur de nombreux examens (dosage hormonaux, imagerie, …) en raison des origines multiples, citées ici par ordre de fréquence :

- ♀ **Troubles de l'ovulation :** ils peuvent être causés par un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), une dysthyroïdie, une hyperprolactinémie, une insuffisance gonadotrope ou ovarienne.
- ♀ **Altérations tubo-péritonéales :** elles peuvent être causées par des infections, un antécédent de grossesse extra-utérine ou faire suite à une chirurgie par exemple
- ♀ **Endométriose :** la muqueuse utérine ou endomètre prolifère de manière anarchique dans diverses localisations de l'organisme (ovaires, péritoine, rectum…)
- ♀ **Anomalies utérines :** elles peuvent être congénitales (malformations) ou acquises (synéchies, myomes, …). Elles gênent les spermatozoïdes dans leur ascension ou l'implantation de l'embryon.
- ♀ **Anomalies cervicales :** elles concernent les anomalies de la glaire cervicale
- ♀ **Anomalies sexologiques :** on peut citer comme exemple le vaginisme

Annexe 2 : Quelques outils en communication hypnotique [58]

- **Le truisme** : En hypnose, il s'agit d'une affirmation que le patient peut vérifier, d'une évidence.

Exemple : Vous êtes au bloc opératoire, vous êtes chambre n°9, vous êtes assis, …

- **Le Yes set** : Il désigne une succession de trois truismes, suivie d'une suggestion qui oriente le patient. En effet, à chaque truisme ou évidence, le patient ne peut que dire ou se dire « oui », ce qui l'entraîne à penser « oui » en réponse à la suggestion finale. Cette technique peut aussi être utilisée par certains commerciaux ou politiques par exemple.

Exemple : Il est 9h, vous êtes madame X, vous entendez ma voix, ***détendez-vous****, on s'occupe de vous dans 5 minutes.*
Exemple 2 : Nous sommes lundi, puisque vous êtes là et que j'ai le contrat sous les yeux, nous allons pouvoir ***le signer****.*

- De même, **la suggestion composée** consiste à associer dans la même phrase un truisme suivie d'une suggestion sans lien naturel, que le patient acceptera plus facilement.

Exemple : Vous regardez l'horloge et votre respiration est plus calme.

- **Le choix illusoire** : L'impression d'avoir le choix permet d'accepter plus facilement la suggestion. Le choix du moment peut être laissé mais pas celui de l'action.

Exemple : Tu peux aller te laver les dents maintenant ou dans 5 minutes.

- **La confusion** : Elle permet en hypnose d'« embrouiller » l'esprit conscient afin de l'écarter ou de surprendre le patient et détourner son attention, qui se concentre pour comprendre ce qui est dit. Il est nécessaire de rassurer à la fin pour que le patient ne reste pas en état de confusion.

Exemple : Vous êtes venu avec votre canari ? (Au moment d'introduire l'aiguille pour un bilan sanguin)

- **Le lieu ressource** : En hypnose, il s'agit d'un lieu calme, rassurant, de confort et de sécurité, qui fait partie des ressources du patient. Il est utile notamment en autohypnose.

Exemple : Un lieu de vacances, le jardin, ou encore un lieu construit par l'imaginaire du patient.

- **La ratification** : Elle consiste à observer ce qui se passe et à le dire : elle rassure le sujet qui se sent accompagné, et amplifie la transe.

Exemple : Et tu respires profondément (lorsque le sujet inspire), et tes paupières se ferment (lors de la fermeture des yeux)

- **La réification** : Elle permet de transformer une sensation (peur, douleur) en une chose, dont les caractéristiques sont précises (= chosification). Une fois la sensation transformée en chose concrète, il est plus facile d'imaginer l'éliminer.

Exemple : Dans Harry Potter et le prisonnier d'Azkaban, l'épouvantard prend la forme de la peur de l'élève qui se trouve face à lui, cette peur est chosifiée. Le professeur Rémus Lupin entraîne alors les élèves à l'affronter.

Annexe 3 : Les indications de l'hypnose

La société française d'hypnose mentionne les indications non exhaustives reprises dans le tableau suivant [16] :

En psychologie et psychiatrie	*« Problèmes d'estime de soi, d'affirmation de soi, de préparation aux examens, gestion du trac dans le domaine artistique, gestion du stress personnel et professionnel, difficultés relationnelles, conjugales, phobies sociales…, anxiété, insomnies, phobies, angoisses, obsessions, tocs, attaques de panique, troubles dépressifs et apparentés, harcèlements, surmenage professionnel, burn-out… »*
En psycho traumatologie et victimologie	*« Syndrome post-traumatique, accidents graves, catastrophes, faits de guerre, attentats, braquages, prise d'otages, choc post-chirurgical, agressions, viols… »*
Dans les troubles du comportement alimentaire	*« Boulimie, anorexie, obésité, hyperphagie, … »*
En addictologie	*« Tabac, alcool, drogues, jeux, internet, sexualité, … »*
Chez les enfants	*« Énurésie, troubles du sommeil, des apprentissages, affirmation de soi, bégaiement, onychophagie, problèmes relationnels, manque de concentration, hyperactivité… »*
Dans les troubles psychosomatiques	*« Migraines, troubles digestifs à type syndrome de l'intestin irritable, troubles urogénitaux, problèmes dermatologiques, rhumatismes… »*
En sexologie	*« Troubles de la fonction sexuelle éjaculation précoce, absence de désir, de plaisir, troubles de l'érection, dyspareunie, vaginisme… »*
En neurologie	*« Tics, paralysie faciale, migraines, céphalées… »*
En pneumologie et ORL	*« Asthme, allergies, rhinites, sinusites, acouphènes, perte du goût et de l'odorat … »*
En gastro-entérologie	*« Ulcères, colites, gastrites chroniques… »*
En cardiologie	*« Certains troubles du rythme, hypertension artérielle, problèmes vasculaires… »*
En gynécologie et obstétrique	*« Grossesse difficile, nausées, vomissements, accouchement, certaines stérilités, dysménorrhées, problèmes urinaires… »*
En dermatologie	*« Allergies, psoriasis, urticaire, eczéma, verrues plantaires, onychophagie, cicatrisation des brûlures… »*
En dentisterie	*« Anesthésie, contrôle du saignement, de la salivation, adaptation des prothèses… »*
En soins palliatifs et accompagnement de malades atteints de cancer ou pathologies graves	*« Soutien psychologique, réduction des effets secondaires des traitements, prolongement et amélioration de la survie, traitement de la douleur… »*
Pour la chirurgie et examens médicaux sous anesthésie	*« Utilisée en anesthésie l'hypnose permet de diminuer les drogues et leurs effets indésirables, elle favorise les soins en ambulatoire, elle permet d'accéder avec plus de confort à des examens médicaux tels que fibroscopie, gastroscopie, coloscopie… Elle mettra en confiance le patient en vue d'une intervention chirurgicale. »*
Dans le domaine sportif	*« Préparation mentale, optimisation du potentiel, récupération, motivation, gestion du stress et des émotions… »*
Dans le domaine de la prévention	*« L'hypnose offre l'avantage de sensibiliser le sujet à se prendre en charge, à développer ses ressources, ses potentialités grâce à l'autohypnose, par exemple prévenir une crise d'asthme, ou en diminuer l'intensité … »*
Dans les douleurs aiguës ou chroniques	*« Fibromyalgie, membre fantôme, migraines, analgésie, anesthésie… »*

Annexe 4 : Exemples de séances d'hypnose formelle

- « **Les deux coffres** » : Cette séance a pour objectif de faire visualiser à la patiente deux coffres. Le premier est déplaisant, tant par son aspect que par sa matière inconfortable. La patiente doit y classer ses échecs passés, ses déceptions, ou tout ce dont elle aimerait se débarrasser définitivement. Une fois ce coffre rempli, la clé qui permet de l'ouvrir est éliminée dans un endroit inaccessible. Le deuxième coffre est magnifique, peut-être doux, très plaisant et rassurant. La patiente peut y déposer toutes ses ressources positives, ses succès et réussites, afin de les ancrer et d'être en mesure de les réutiliser à souhait. La clé de ce coffre est précieusement gardée et laissée à disposition.

- « **Les trois cerveaux** » : Le principe de cette séance repose sur l'hypothèse que nous possédons tous « trois cerveaux » : un sensible, un moteur, et un régissant le système involontaire.
  - ***Le cerveau sensible*** serait le siège de nos émotions. Il pourrait se trouver limitant ou au contraire nous pousser à faire ce que l'on ne veut pas faire.
  - ***Le cerveau moteur*** serait celui de l'action. Il commanderait nos muscles volontaires, permettrait la mobilité, la motricité, …
  - ***Le cerveau du système involontaire*** serait celui du système végétatif. Il régulerait nos paramètres vitaux tels que la respiration, la température, la digestion, les battements cardiaques, …

Notre harmonie reposerait sur l'équilibre de ces trois cerveaux. Si l'un était déficitaire, des tensions physiques et/ou psychiques pourraient apparaître.
Le but de la séance est d'encourager la patiente à prendre conscience de chacun de ses trois cerveaux, afin de les appréhender, et de comprendre quelle pourrait être l'origine d'un déséquilibre. La communication entre elle et ses cerveaux pourrait continuer bien au-delà de la séance, consciemment ou inconsciemment. L'objectif est de permettre à la patiente de retrouver un équilibre entre son corps, ses sens et ses émotions.

- « **Hypno relaxation** » : Le but de cette séance est simplement d'apporter un moment relaxant de calme et de réconfort. La patiente est accompagnée dans un endroit ressource construit par son imaginaire, par le biais des canaux sensoriels (VAKOG).

Exemple : ***Visuel :*** *le sable blanc, le bleu de la mer ou du ciel.* ***Auditif :*** *le bruit des vagues, le cri des mouettes.* ***Kinesthésique :*** *la chaleur des rayons du soleil, la sensation des grains de sable sur les plantes de pieds.* ***Olfactif :*** *l'odeur d'iode, ou d'une glace à la vanille.* ***Gustatif :*** *le goût salé de l'eau de mer.*

Ce lieu ressource lui permet d'être apaisée, de se recentrer sur elle-même, d'explorer ses propres capacités intérieures et d'apprendre à les mobiliser, à les mettre à sa disposition sur le long terme. Cette séance est également un très bon entraînement à l'autohypnose car ce lieu ressource pourra être réutilisé en autonomie.

- **D'autres séances** peuvent être proposées telles que : « amnésie », « déblocage », ou encore « parentalité ».

Annexe 5 : Le protocole HYPNOFIV©

Rédigé par : **Danielle Lelaidier,** *Sage-femme libérale,* *Hypnothérapeute*	PROTOCOLE **HYPNOFIV©**	24 Avril 2019 Version 2
		Page 1/1

3 séances audio d'autohypnose

À écouter avant, pendant, et après le geste

La veille ou le matin du transfert : écoute de la séance audio « FIVETE »

Tout au long du transfert : écoute de la séance audio « INDUCTION SIMPLE »

Dans les 12h suivant le transfert : écoute de la séance audio « NE RIEN FAIRE »

Objectifs principaux

Apaiser et éviter la contractilité du col de l'utérus au passage du cathéter

Introduire un « lâcher prise » dans une démarche d'hyper contrôle

Faire participer le couple émotionnellement à la conception de l'enfant

Estomper le sentiment de médicalisation

Annexe 6 : Formulaire de consentement « Participation à l'étude »

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
PARTICIPATION À L'ÉTUDE :
« HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE DES COUPLES EN PMA »

Je soussigné(e) Mme, Mr *(rayer la mention inutile)* _____ _____ accepte de participer à l'étude de Melle Léa Cusumano, étudiante sage-femme, dans le cadre de son mémoire de fin d'études, et accepte de m'entretenir par téléphone ou visio-conférence avec elle dans ce contexte.

Je suis informé(e) du fait que :

- Cet entretien est anonyme, et ni mon nom, ni mes coordonnées ne pourront apparaître dans ses travaux.
- Je peux interrompre cet entretien à tout moment, ou refuser de répondre à une question.
- Cet entretien sera enregistré afin d'en faciliter l'analyse, à l'aide d'un dictaphone dont l'usage est strictement dédié à ce mémoire, et son contenu sera ensuite effacé.

❑ Je suis joignable par téléphone au _____ ou par e-mail à l'adresse _____ , et accepte d'être contacté(e) par Melle Cusumano dans le cadre de son mémoire.

❑ Je ne souhaite pas être contacté(e) directement par Melle Cusumano mais ai bien pris connaissance que je peux la joindre par téléphone au 07******** ou par e-mail à l'adresse lea.cusumano.etu@univ-lille.fr

Fait le _____ , à _____

Signature :

Annexe 7 : Demande d'autorisation pour diffusion d'une enquête

DEMANDE D'AUTORISATION

pour diffusion d'une enquête dans le cadre du mémoire de fin d'études

DATE de la demande d'autorisation: 24 avril 2019

Identification de l'**ETUDIANT** :

Nom : CLISU MANO	Prénom : Léa

Veuillez agrafer obligatoirement l'outil de recherche à cette demande (questionnaire, guide d'entretien…)

THEME de la recherche : Utilisation de l'hypnose dans la prise en charge globale de l'AMP.

PROBLEMATIQUE étudiée et descriptif de l'enquête :

Quel serait l'apport de l'hypnose dans la prise en charge globale et notamment l'accompagnement psychologique de la patiente et du couple dans le contexte de l'AMP?

Evaluation qualitative par entretiens semi-directifs concernant le vécu de la prise en charge de l'AMP avec accompagnement en hypnose.

critères d'inclusion : âge < 43 ans
patientes s'exprimant en français

DIRECTEUR de mémoire :

Nom et qualité	Modalités de l'enquête	Signature pour validation de l'outil de recherche
BOURZOUFI Karim Anesthésiste Réanimateur CHU Lille (JDF)	☐ questionnaire ☒ guide d'entretien ☐ recueil de données	Dr Karim BOURZOUFI ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR Hôpital Jeanne de Flandre

LIEU(X) de l'enquête : Polyclinique St Roch (Montpellier)

service(s) concernés(s)	Période de diffusion	Signature du cadre
Service d'assistance médicale à la procréation (Accompagnement hypnose)	Entretiens réalisés entre décembre 2019 et mars 2020	ENVOYER UN [illegible] AU CENTRE AMP SAINT-ROCH 550 Av. du Colonel Pavelet 34070 MONTPELLIER Fax: 04 67 04 38 59 E-mail : amp@st-roch.fr

VISA pour l'enquête :

Nom et qualité	date	signature
[illegible] DIRECTEUR CENTRE	24/4/2019	AU CENTRE AMP SAINT-ROCH 550 Av. du Colonel Pavelet 34070 MONTPELLIER Fax 04 67 04 38 59 E-mail : amp@st-roch.fr

Ecole de Sages-femmes du CHRU Lille

Annexe 8 : Guide d'entretien

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU COUPLE	**1) Pourriez-vous vous présenter, vous et votre partenaire ?** Prénom anonymisé ? Âge des membres du couple ? Activités professionnelles ? Ancienneté du couple ? Situation conjugale actuelle *(concubinage, PACS, mariage)* ? Enfants ? Si oui, Communs ? D'une précédente union ? Âge ?
RÉCIT DU PARCOURS	**2) Pourriez-vous me raconter votre parcours en PMA ?** Grossesse à l'issue ? Si oui, au bout de combien de temps ? Si non, antériorité du désir de grossesse ? Diagnostic d'infertilité posé ? Si oui, cause déterminée ? Déroulement du parcours d'AMP à développer *(investigations, bilans, diagnostic, stimulation, ponction d'ovocytes, IIU, FIV, transferts d'embryon, …)*
VÉCU DE L'INFERTILITÉ	**3) Comment avez-vous vécu l'annonce de l'infertilité de votre couple ?** Difficultés à concevoir : envisagées auparavant ? Vécu du fait d'avoir besoin d'une aide extérieure pour concevoir un enfant ? Ressenti au moment de l'annonce de l'infertilité ? Impact sur le couple ? Qu'est-ce-que cela évoque pour vous ? Sentiments de culpabilité ? Entourage informé de la situation d'infertilité ? Si oui, quelles réactions ? Impact du point de vue des proches sur le couple ?
IMPACTS DE L'AMP	**4) On dit parfois que la PMA est un parcours du combattant : qu'en pensez-vous ?** **5) Sur votre vie quotidienne et dans votre couple, y a-t-il eu des impacts ?** Dans votre sexualité ? Vie affective ? Entourage ? Et au niveau professionnel ?
EXPÉRIENCE DE L'HYPNOSE	**6) Pourquoi vous êtes-vous orienté(e) vers l'hypnose et à quel moment ?** Expérimentation antérieure de l'hypnose ? Méfiance ? Avis ? **7) Qu'avez-vous globalement pensé de l'hypnose dans votre parcours ?** **8) Vous a-t-elle apporté quelque chose ? Et à votre partenaire ?** Séance d'hypnose particulièrement marquante ? Si oui laquelle et pourquoi ? Apports principaux de l'hypnose dans la prise en charge ? Gestes médicaux *(ponction d'ovocytes, transferts d'embryon)* précédemment vécus sans recours à l'hypnose ? Si oui, appréhension différente des gestes avec ? Si non qu'en avez-vous pensé ? **Ouverture de la discussion :** amélioration du confort/conditions de vie du couple, dépassement d'un éventuel traumatisme, sexualité, gestion du stress … ? À l'initiative de la personne interrogée **9) Si grossesse : Avez-vous continué l'hypnose pendant votre grossesse ? Et la PNP ? Cela vous a-t-il aidé ?** Projection dans la parentalité, aide pour la naissance, … **10) Si vous deviez donner une note à l'impact de l'hypnose dans votre parcours, que diriez-vous ?** (Expliquer « barème » cf page suivante) Avec -10 = impact négatif maximal, 0 = aucun impact, 10 = impact positif maximal **11) Auriez-vous des suggestions pour améliorer cet accompagnement ?** **12) Recommanderiez-vous à un autre couple confronté à l'infertilité de se tourner vers l'hypnose ?** **13) Souhaitez-vous parler d'autre chose en lien avec le sujet ?**

Barème de notation de l'impact de l'hypnose sur le parcours

-10	Impact négatif maximal
-9 et -8	Impact négatif très fort
-7 et -6	Impact négatif fort
-5	Impact négatif moyen
-4 et -3	Impact négatif faible
-2 et -1	Impact négatif très faible
0	Aucun impact
1 et 2	Impact positif très faible
3 et 4	Impact positif faible
5	Impact positif moyen
6 et 7	Impact positif fort
8 et 9	Impact positif très fort
10	Impact positif maximal

Annexe 9 : Synthèses des entretiens

Entretien n°1 : VALENTINE *Durée de l'entretien : 38 minutes et 14 secondes*

Présentation du couple : Valentine a 35 ans, elle est vendeuse dans une boutique de prêt-à-porter dans le secteur de Montpellier. Elle est en couple depuis 5 ans avec Arnaud, 40 ans, qui, lui, est pompier professionnel. Valentine et Arnaud n'ont pas encore d'enfant.

Parcours en AMP : Valentine présente un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), diagnostiqué durant son adolescence devant l'irrégularité de ses cycles menstruels. Par ailleurs, elle souffre d'une hypothyroïdie traitée par L-thyroxine. Le bilan anatomique réalisé dans le cadre de l'AMP s'est révélé sans particularité. Le spermogramme d'Arnaud était normal. L'origine évoquée de l'infertilité du couple est alors la dysovulation. Le couple essaye d'avoir un enfant depuis 3 ans mais deux IIU n'ont pas permis à Valentine d'être enceinte pour le moment.

Vécu de l'infertilité : Valentine se sent coupable de ne pas parvenir à avoir d'enfant, y compris envers sa famille. Elle avait envisagé l'infertilité depuis longtemps en raison de sa santé, mais ne peut s'empêcher de le vivre comme un échec, dont elle se sent seule responsable.

Impacts de l'AMP : Le parcours génère beaucoup d'angoisse au quotidien pour elle, ce qui accentue son sentiment de culpabilité car elle se sent très tendue dans sa vie quotidienne. Les conséquences sont notamment des répercussions sur sa relation avec Arnaud. Valentine décrit également un impact important de l'AMP sur sa vie sexuelle et personnelle. Sur le plan social, elle a l'impression de s'isoler, y compris de ses amies qui ont des enfants. Par ailleurs, son employeur ne connait pas la situation ce qui complique l'organisation des rendez-vous et examens. Sa famille la soutient beaucoup dans cette épreuve, tout comme Arnaud, mais parfois, elle a l'impression de tout porter sur ses épaules.

Expérience de l'hypnose : Valentine a tout de suite adhéré à l'hypnose et se dit très réceptive. Elle a commencé tôt dans son parcours, et s'était renseignée par elle-même. Elle se dit de toute façon prête à tenter tout ce qui peut l'aider. D'après elle, l'hypnose l'a principalement aidée à gérer son stress et ses angoisses, et constitue un soutien très important pour surmonter toutes ces épreuves. Elle affirme que l'hypnose lui a permis de trouver une forme d'apaisement dans sa vie affective et intime, et de dépasser sa peur de se retrouver face aux enfants de ses amies. Elle pense que l'hypnose lui permet également de décompresser et d'être plus détendue à la maison et avec son compagnon. Arnaud, lui, ne s'intéresse pas beaucoup à l'hypnose, mais soutient Valentine si cette pratique peut « lui faire du bien ». La séance qui a le plus marqué Valentine est la projection dans la parentalité, qui lui a permis de s'imaginer avec une petite fille, de lui redonner espoir, et d'oser se confronter à la présence des enfants des autres. Elle a également expérimenté l'autohypnose durant les inséminations intra-utérines par le biais des enregistrements audio pour plus de confort. Au total, elle se dit vraiment satisfaite d'avoir l'hypnose comme soutien.

Entretien n°2 : JEANNE *Durée de l'entretien : 29 minutes et 20 secondes*

Présentation du couple : Jeanne a 28 ans, et est préparatrice en pharmacie à Montpellier. Elle est en couple depuis 7 ans avec Arthur, 33 ans, ingénieur. Jeanne et Arthur ont eu un petit garçon prénommé Eliott il y a 11 mois.

Parcours en AMP : Le spermogramme a révélé une OATS, ce qui a conduit Jeanne et Arthur à avoir recours à une FIV ICSI qui a donné plusieurs embryons. Les deux premiers transferts ont entraîné deux grossesses qui se sont interrompues spontanément à 6 et 8 SA. Le troisième transfert a permis la naissance d'Eliott après 4 ans d'attente. À l'avenir, il est envisagé par le couple qu'Eliott ait un petit frère ou une petite sœur.

Vécu de l'infertilité : Pour Jeanne et Arthur, l'infertilité était inattendue. Jeanne estime ne pas s'y être préparée et avoir eu du mal à imaginer que le couple aurait besoin d'une aide médicale. C'est la pression de l'entourage et le délai d'infécondité qui auraient poussé le couple à consulter. Si Arthur a ressenti beaucoup de culpabilité, il semble que l'infertilité soit surmontée par le couple qui est très soudé.

Impacts de l'AMP : Le parcours est décrit comme très difficile par Jeanne, notamment sur le plan organisationnel. Concilier rendez-vous, soins et travail a été un véritable casse-tête. Elle affirme que celui-ci provoque du stress au quotidien. D'ailleurs, elle a dû mettre de côté sa phobie des aiguilles durant la prise en charge. Pour elle, le parcours est source d'appréhension et d'attente interminable. Elle évoque également l'hypermédicalisation anxiogène de la prise en charge qui amène parfois à « se sentir malades ». Jeanne et Arthur ont reporté plusieurs de leurs projets tels que se marier en raison de leur suivi en AMP et ont eu l'impression de suspendre leur vie. Jeanne n'a pas souhaité entrer dans les détails concernant l'intimité du couple durant le parcours mais avoue quand même qu'il existe des impacts non négligeables, même inconscients et qu'il est parfois difficile dans ce contexte de se sentir encore maître de son propre corps.

Expérience de l'hypnose : Si Jeanne était sceptique concernant l'hypnose malgré le fait qu'elle soit assez informée, elle a tout de même pris rendez-vous car on le lui a conseillé. Par ailleurs, elle était prête à tout essayer pour avoir un enfant. Pour elle, le fait que ce soit une sage-femme qui la pratique est rassurant. Elle explique que l'hypnose apaise, et permet de se débarrasser parfois d'un lourd passé, pour se concentrer davantage sur les réussites que sur les échecs. Elle a apprécié tout particulièrement l'autonomie de l'autohypnose qu'elle a utilisé notamment pour son sommeil et pour lâcher prise. Lors des gestes médicaux, elle s'est sentie mise à contribution par le biais de l'autohypnose qui lui a donné l'impression « d'agir pour la conception de l'enfant » et d'être sur la même longueur d'onde que son compagnon, écoutant également les enregistrements. Elle s'est sentie plus détendue lors des soins et a pu faire abstraction de leur médicalisation. Durant la grossesse, Jeanne a souhaité poursuivre l'hypnose afin d'amoindrir son appréhension et ses angoisses : elle pense que le fait d'avoir pu continuer à voir une sage-femme a aussi été bénéfique. Si elle n'a pas souhaité utiliser l'hypnose en remplacement d'une analgésie pour l'accouchement, elle pense quand même que cela lui a permis de le vivre plus sereinement. Au total, elle affirme que l'hypnose « vaut le coup ».

Entretien n°3 : **CAROLINE** *Durée de l'entretien : 39 minutes et 54 secondes*

Présentation du couple : Caroline a 41 ans, elle est secrétaire médicale près de Montpellier. Elle est mariée depuis peu à Maxence, 36 ans, qui, lui, est infirmier. Maxence et Caroline se sont rencontrés il y a 8 ans, et attendent leur premier enfant. En effet, Caroline est enceinte de 34 SA.

Parcours en AMP : Caroline souffre d'une endométriose pour laquelle elle a été opérée. Le reste du bilan en AMP s'est révélé normal. Caroline et Maxence ont alors eu recours à 3 FIV classiques, essuyant les échecs. Il y a un peu moins de deux ans, Caroline a d'ailleurs fait une fausse couche spontanée qui a nécessité un curetage. Après des années de désespoir, le couple attend actuellement un enfant, dont le sexe est pour le moment secret.

Vécu de l'infertilité : Caroline dit ressentir son infertilité comme une punition. Très soutenue par son compagnon et ses proches dans cette épreuve, elle explique avoir dû faire le deuil de tout ce qu'elle s'était imaginée étant plus jeune. En effet, son désir d'enfant remonterait à son adolescence, elle a alors l'impression d'avoir attendu cet enfant toute sa vie. Le couple a par ailleurs décidé de n'entreprendre aucune démarche par la suite pour avoir un deuxième enfant, ce qui a poussé Caroline à faire également le deuil de la famille nombreuse à laquelle elle aspirait.

Impacts de l'AMP : Pour elle, l'AMP est un long parcours douloureux, tant physiquement que moralement. Au-delà des multiples contraintes et complications (comme l'hyperstimulation), l'attente et l'angoisse au quotidien l'ont beaucoup affectée. Elle estime que leur parcours a beaucoup joué sur le couple qui n'a pas pu vivre pleinement tous leurs projets, mais le dialogue a permis à Caroline et Maxence de se comprendre, la communication étant la clé selon elle.

Expérience de l'hypnose : Assez sceptique en raison de ses préjugés sur l'hypnose, Caroline a finalement accepté d'y avoir recours, motivée par Maxence qui y a été sensibilisé à dans sa profession. C'est parce qu'il s'agissait d'une sage-femme que Caroline a accepté, à l'issue de la seconde FIV. Finalement, elle avoue y avoir trouvé un moment rien qu'à elle, de recentrage sur elle-même et de relaxation. Mais surtout, elle explique que l'autohypnose lui a permis de mobiliser « les forces qui existent en elle », et de surmonter les échecs. Par ailleurs, Caroline confie avoir vécu des moments difficiles dans sa vie, qu'elle ne souhaite cependant pas développer. Pour elle, l'hypnose a apporté une forme de paix dans son histoire, et l'a aidé à mettre de côté certaines représentations négatives. Aussi, les gestes médicaux tels que la ponction d'ovocytes et le transfert étaient extrêmement redoutés par Caroline. Elle me dit qu'elle ne saurait expliquer pourquoi elle a eu l'impression de moins ressentir la douleur lors des soins habituellement douloureux lorsqu'elle les vivait sous autohypnose. Durant la grossesse, Caroline a souhaité faire sa préparation à la naissance au cabinet, car la sage-femme « connait déjà son histoire » et qu'elle se sent à l'aise avec elle. En ce qui concerne l'hypnose, elle est ravie de pouvoir poursuivre ses « séances de relaxation » comme elle les appelle durant la grossesse, qui lui permettent de la « vivre pleinement ». Elle se surprend elle-même à vivre sa grossesse assez paisiblement et à se projeter avec son bébé, et pense que l'autohypnose y est sûrement pour quelque chose… Au total, Caroline est ravie de s'être laissée tenter.

Entretien n°4 : MAXENCE *Durée de l'entretien : 48 minutes et 03 secondes*

Présentation du couple : Maxence est le mari de Caroline (cf Entretien n°3)

Parcours en AMP : (cf Entretien n°3)

Vécu de l'infertilité : Maxence se sent très impuissant face à la détresse que ressent Caroline. Il culpabilise beaucoup de ne pas savoir comment l'aider mais essaye d'avoir toujours les mots pour la consoler. Pour lui, il s'agit d'un sujet tabou, et il refuse de l'aborder avec son entourage, proches, collègues ou amis. Il a également beaucoup de mal à exprimer à Caroline ses sentiments, tout particulièrement sur ce sujet. Lui aussi a dû faire le deuil de la famille qu'il imaginait, « un duo fille et garçon » … Pour lui, le plus important est de soutenir sa femme et de communiquer.

Impacts de l'AMP : Ce qui a marqué Maxence en premier, c'est le parcours en AMP. Les examens, les rendez-vous, les consignes, les traitements, les soins… La médicalisation, il la vit au quotidien à l'hôpital de par sa profession, mais il ne pensait pas vivre tout ça en étant de l'autre côté de la barrière, c'est-à-dire, en tant que patient. Il est également bouleversé de tout ce qu'a dû endurer sa femme pour parvenir à être enceinte, même s'il pense que le fait d'avoir pu réaliser les injections par lui-même, par exemple, a certainement dû supprimer une part de stress, sans parler du côté pratique. Maxence avoue à demi-mots que, s'il est beaucoup plus pudique que sa femme, l'AMP a généré beaucoup d'angoisse chez lui… Il trouve que c'est une « des injustices de la vie », comme beaucoup de celles qu'il voit dans son travail…

Expérience de l'hypnose : Maxence a été sensibilisé à l'hypnose dans sa profession. Même s'il n'est pas formé lui-même, il est assez informé sur la pratique et l'a déjà rencontrée plusieurs fois durant sa carrière. Il l'a même expérimentée par lui-même pour arrêter de fumer il y a 4 ans, avec succès ! Quand il a entendu parler d'une sage-femme spécialisée dans la PMA qui pratiquait l'hypnose, il a immédiatement essayé de convaincre sa femme que ce soutien pourrait lui être bénéfique. Même s'il ne s'est rendu directement au cabinet qu'une fois en raison de ses horaires de travail contraignants, Maxence a pu se servir des séances d'autohypnose en audio dont Caroline disposait. Pour lui, aucun doute, l'hypnose aide à apaiser stress et angoisse. Maxence me parle longuement de mobilisation des ressources en soi et modifications des représentations limitantes, il est vrai qu'il connait bien son sujet. Pour lui, le principal est l'accompagnement que constitue l'hypnose dans le parcours, le soutien, la main tendue vers des couples en détresse. Il me parle également des gestes médicaux (ponctions, transfert) sous hypnose. Pour lui, l'alternative à l'anesthésie générale est essentielle, et il est ravi que sa femme ait pu s'en passer, et éviter certains risques, et autre médication. Pour parler un peu plus émotions lors du transfert, Maxence mentionne l'intérêt des séances d'autohypnose « prescrites » par la sage-femme avant, pendant et après car ce « protocole » permet d'agir et ne pas se sentir complètement patient et passif. Concernant la grossesse, il est content que Caroline puisse continuer à prendre conseil et se relaxer auprès de la sage-femme l'ayant si bien accompagnée.

Entretien n°5 : LAURE *Durée de l'entretien : 40 minutes et 15 secondes*

Présentation du couple : Laure, 41 ans, est éducatrice spécialisée aux alentours de Montpellier. Elle est mariée depuis quelques mois à Christophe, 38 ans, travailleur social également. Laure et Christophe n'ont pas d'enfant et vivent au bord de la mer depuis peu. Laure dit avoir rencontré Christophe assez tard. En effet, le couple s'est rencontré il y a environ trois ans après avoir chacun été engagé dans une relation de longue durée sans enfant.

Parcours en AMP : Laure et Christophe ont essayé assez tôt d'avoir un enfant, mais à chaque grossesse, l'issue a été la même : Laure a fait plusieurs fausses couches, à 5, 9 et 16 SA. Conscients que l'âge augmente la probabilité d'avortements spontanés précoces, et Laure n'ayant jamais été enceinte auparavant, le couple ne s'est pas inquiété tout de suite. Ce n'est que depuis récemment qu'ils sont suivis en AMP. Pour le moment, les bilans réalisés ne permettent pas de retrouver une cause majeure d'infertilité. En raison de l'âge de Laure, les traitements en vue d'une FIV ont été débutés assez rapidement et Laure a vécu sa ponction d'ovocytes hier.

Vécu de l'infertilité : Laure ne s'était jamais posé la question d'infertilité avant. Elle ne souhaitait pas forcément d'enfant avant de rencontrer Christophe et pense peut-être avoir trop attendu. Elle a peur de devoir abandonner l'idée d'un enfant avec l'homme qu'elle aime et avec lequel elle souhaite faire sa vie. Elle ressentirait l'absence d'enfant comme l'échec principal de sa vie.

Impacts de l'AMP : Si le parcours d'AMP est encore nouveau pour elle, elle a déjà pu constater la difficulté de ce parcours : les rendez-vous inopinés, les examens multiples, les prises de sang, injections… Pour elle qui n'aime pas le monde médical, c'est assez difficile à supporter. Cela lui impose également beaucoup de contraintes de par son travail ou le suivi des traitements. Laure a beaucoup de mal à discuter de son projet avec sa famille dans laquelle la PMA est assez mal acceptée, ce qui renforce une part de culpabilité chez elle. Pour le moment, l'AMP semble ne pas avoir eu d'impact sur le couple même si elle avoue que tout leur esprit est désormais tourné vers l'espoir d'avoir un enfant et la peur de ne pas réussir à temps. Le couple commence cependant à réfléchir à devenir famille d'accueil s'il ne parvenait pas à être parent d'ici deux ans…

Expérience de l'hypnose : Laure a entendu parler de la sage-femme hypnothérapeute de Montpellier via le collectif BAMP (association d'usagers de l'AMP). L'étude israélienne sur le transfert d'embryon sous hypnose a achevé de la convaincre de prendre rendez-vous. Pour elle, l'hypnose a permis de débloquer certaines « croyances qui la retenaient », de l'aider à se projeter avec un enfant, et à se dire que oui, c'est possible ! L'autohypnose l'aide pour la relaxation et le sommeil car elle est sujette aux insomnies depuis le début du parcours. Elle voit dans le protocole HYPNOFIV une façon de participer, en impliquant ses émotions, au fait d'accueillir l'embryon. Elle est très enthousiaste à l'idée de le suivre à la lettre. Par ailleurs, elle est ravie d'avoir pu réaliser sa ponction d'ovocytes sous hypnose et d'avoir échappé à une nouvelle anesthésie générale qu'elle redoute tant. Au total, elle ne regrette pas et pense poursuivre si un heureux évènement l'attend dans quelques semaines…

Entretien n°6 : **CÉLINE** *Durée de l'entretien : 44 minutes et 51 secondes*

Présentation du couple : Céline, 39 ans, est manager. Elle est en couple depuis 6 ans avec Laurent, banquier. Tous les deux n'ont pas d'enfant.

Parcours en AMP : Quand elle était plus jeune, Céline a fait deux grossesses extra utérines, vers l'âge de 25 et 30 ans. Les examens d'imagerie ont révélé une absence de perméabilité tubaire. Après 2 FIV et échecs, Céline a fait une fausse couche spontanée à 8 SA. Actuellement, elle est en pause dans son parcours en raison d'une hyperstimulation

Vécu de l'infertilité : Céline a beaucoup de mal à vivre l'infertilité de son couple. En effet, on lui a souvent répété, y compris dans le corps médical, que ses GEU avaient été provoquées par le tabagisme excessif. Céline n'a jamais réussi à arrêter sa consommation et a l'impression aujourd'hui d'en payer le prix, ce qui engendre beaucoup de culpabilité, y compris envers Laurent. Il est très difficile pour elle d'en discuter avec son entourage, et a longtemps préféré dire à ses amies qu'elle ne souhaitait pas d'enfant. Aujourd'hui et depuis le début du parcours en AMP, Céline ne fume plus.

Impacts de l'AMP : Dans cette période délicate, Céline évoque avec beaucoup de difficultés son parcours. La douleur est le sentiment prédominant en cette période d'hyperstimulation mais aussi les contraintes, physiques et psychologiques qui ont beaucoup affecté son travail où « elle ne peut se permettre d'être fragilisée ». Sa fausse couche a également été très douloureuse et a été vécue comme « un coup de massue ». Céline parle très peu de ce qu'elle ressent, car elle décrit l'impression de devoir l'encaisser. Y compris avec son compagnon, même s'il se montre présent. Elle évoque aussi avec beaucoup de difficultés l'impact de l'AMP sur leur vie sexuelle, très peu existante en raison d'une impossibilité de conception spontanée, comme si cela ne « servait à rien ». L'angoisse de ne jamais être maman est très envahissante pour Céline, qui dit adorer les enfants.

Expérience de l'hypnose : Céline a déjà essayé l'hypnose il y a quelques années dans le but d'arrêter de fumer mais, à l'époque, elle dit ne sûrement pas avoir eu assez de motivation. Cette fois, c'est différent : il s'agit d'une sage-femme et elle est prête à tout essayer pour mettre toutes les chances de son côté, et cette fois, il y a une réelle motivation : celle de devenir maman. Grâce à l'hypnose, Céline dit avoir pu mettre en partie de côté sa culpabilité et son sentiment d'échec. Par ailleurs, elle pense avoir une meilleure estime d'elle-même et penser « différemment », être dans un autre état d'esprit. Elle utilise assez peu l'autohypnose sauf lorsqu'il s'agit des transferts d'embryon, mais ne se sent pas forcément à l'aise avec ça : elle préfère les séances formelles avec la sage-femme, qui l'apaisent beaucoup. Cependant, elle affirme avoir écouté souvent la séance audio « assez-touillé » qui a pour but de redonner confiance en soi… Par ailleurs, elle m'avoue que la ponction d'ovocytes sous hypnose l'a agréablement surprise. Au total, Céline poursuit l'hypnose avec toujours plus de curiosité.

Entretien n°7 : **SOPHIE** *Durée de l'entretien : 36 minutes et 10 secondes*

Présentation du couple : Sophie a 40 ans depuis peu, elle est juriste. Bruno et elle sont mariés depuis 6 ans, lui a 44 ans, et est commercial. Le couple a une petite fille de bientôt 2 ans, Léna.

Parcours en AMP : Le spermogramme a révélé une oligospermie, mais à l'issue d'une première FIV, Sophie a donné naissance à Léna. Depuis quelques mois, le couple souhaite un deuxième enfant mais n'ont plus d'embryon congelé. Il faut donc recommencer le processus. Le transfert d'embryon a eu lieu il y a quelques jours.

Vécu de l'infertilité : Le couple vit ensemble depuis plus de dix ans mais Bruno ne souhaitait pas d'enfant tout de suite. Lorsqu'ils ont débuté leur parcours en AMP, Sophie avait alors 36 ans. Pourtant, celle-ci décrit un désir d'enfant depuis plus de quinze ans. L'infertilité a alors été très mal acceptée par Sophie, qui avait déjà le sentiment d'avoir « attendu ». Elle dit avoir dû faire le deuil de la maternité qu'elle espérait et d'une grossesse sereine en raison de la médicalisation de la conception.

Impacts de l'AMP : Le premier parcours pour avoir Léna a finalement été assez court d'après Sophie, pourtant, le contexte d'hypermédicalisation a été très difficile à vivre. La stimulation a été une épreuve douloureuse et très contraignantes selon ses mots, même si elle a souhaité « y passer une seconde fois » pour donner un petit frère ou une petite sœur à Léna. Par ailleurs, le fait que son enfant soit conçu en dehors de son corps est très difficile à intérioriser selon elle. Elle se dit dépossédée de sa féminité et a l'impression de n'être qu'un corps passif pour accueillir l'embryon. Pour elle, l'AMP a eu un lourd retentissement sur le couple au quotidien, et ne saurait décrire ce qu'elle ressent, qui n'est ni de la colère, ni du ressentiment, mais « quelque chose qui se rapproche plus volontiers de l'impuissance ». La sexualité a été compliquée durant cette période, compliquée par les douleurs, la fatigue et la situation. Pour elle, l'attente risque d'être insoutenable.

Expérience de l'hypnose : Sophie a découvert l'hypnose par hasard il y a quelques années, au début, ce mot était empli de magie ou de quelque chose de mystique, mais, après s'être renseignée notamment auprès d'autres femmes en PMA, elle a décidé de tenter l'expérience : elle souhaitait un enfant coûte que coûte. Finalement, l'hypnose a été une belle découverte, lui permettant « de refermer certaines blessures du passé », d' « affronter ses démons » et de redorer son estime d'elle-même. Pour elle, l'hypnose est synonyme d'espoir et, par-dessus-tout, lui permet d'apaiser ses angoisses et peurs. Le soutien et l'accompagnement de la sage-femme sont essentiels. Concernant son couple, Sophie dit simplement que la diminution du niveau de stress permet une meilleure fusion au sein du couple, même si son mari s'est montré assez réticent à l'hypnose. Elle n'a malheureusement pas su se passer d'anesthésie générale pour ses deux ponctions d'ovocytes mais est ravie d'avoir eu « quelque chose à faire » lors du transfert d'embryon, avec le sentiment « d'accompagner l'implantation ». Sophie n'avait pas souhaité poursuivre son accompagnement durant la grossesse de Léna car ce cabinet lui rappelait trop de mauvais souvenirs ; en revanche, une séance de projection dans la parentalité, réalisée durant le parcours, lui a été vraiment bénéfique durant le post-partum selon elle.

Entretien n°8 : **LOUISE** *Durée de l'entretien : 51 minutes et 32 secondes*

Présentation du couple : Louise a 37 ans, elle est professeur des écoles au primaire. Son compagnon, David, a 46 ans et est professeur d'anglais. Louise et David sont ensemble depuis 4 ans et n'ont pas d'enfant commun. Louise a, elle, une petite fille de 7 ans nommée Constance.

Parcours en AMP : Louise et David ont souhaité un enfant assez rapidement après leur rencontre mais sans succès. Ils ont alors consulté et le spermogramme a révélé une oligo-asthéno-tératospermie. La FIV ICSI s'est alors imposée à eux. Après deux tentatives dont une FCS à 5 SA, le couple a bénéficié d'une 2ème FIV : le test de grossesse sanguin de Louise s'est récemment révélé positif, mais pour le moment, aucune échographie ne l'a confirmé.

Vécu de l'infertilité : Pour Louise, l'infertilité de leur couple est particulière car elle a déjà un enfant, qu'elle élève aujourd'hui avec David. Louise relate le sentiment de culpabilité de David : celui-ci a beaucoup de mal à accepter ce que doit endurer Louise « par sa faute ». Louise me rapporte qu'elle rêvait d'une famille nombreuse, que « la vie en a décidé autrement », mais qu'il est évident qu'il ne doit pas y avoir question de culpabilité ou de ressentiment envers l'autre. L'infertilité de David est assez taboue et très peu de leurs proches en ont connaissance.

Impacts de l'AMP : Pour Louise, vivre un parcours d'AMP après avoir eu un enfant naturellement est vraiment une épreuve compliquée. Elle n'imaginait pas un tel parcours quand ils se sont lancés : les contraintes imposées par les traitements, la douleur, les rendez-vous sont très difficiles à concilier avec sa vie professionnelle. Celle-ci est par ailleurs sujette aux crises d'angoisse depuis le début. Sa fausse couche a été très difficile à accepter, même si elle en avait déjà faite une il y a longtemps, peu avant d'avoir Constance : le contexte est différent, tout est tourné vers la conception d'un enfant très attendu. Au quotidien, Louise a beaucoup de mal à ne pas montrer ses faiblesses, mais ne peut pas se le permettre face à ses élèves. Pour elle, cette épreuve a cependant renforcé leur couple, car David fait absolument tout pour que « cela se passe au mieux », même si leur parcours est souvent un sujet de dispute.

Expérience de l'hypnose : Louise a découvert l'hypnose en AMP en surfant sur internet après sa fausse couche. Elle a notamment eu connaissance de témoignages de femmes en situation d'infertilité qui ont eu recours à l'hypnose. Avec un peu de réticences tout de même, elle a accepté de rencontrer la sage-femme sur recommandations, car elle estimait que cela ne pouvait de toute façon pas empirer la situation. Pour elle, l'hypnose est un réel soutien, qui lui a permis d'apprendre à gérer ses émotions négatives et angoisses. Son lieu ressource en autohypnose lui permet de se réfugier quand elle en a besoin, et de mobiliser en elle ce qui est positif. En faisant la démarche d'aller vers l'hypnose, Louise se sent actrice de sa prise en charge, notamment lorsqu'elle peut faire entrer cette pratique dans son parcours : lors de la ponction d'ovocytes par exemple, elle s'est sentie privilégiée, et a eu l'impression de participer psychologiquement au transfert de l'embryon. Louise est intimement persuadée que l'hypnose est pour quelque chose dans la réussite de cette FIV, même si elle n'ose pas trop s'avancer et sauter de joie, de par ses antécédents. Louise ne sait pas encore si elle réalisera sa préparation à la naissance avec l'hypnose en raison d'un déménagement prévu bientôt, mais l'envisage.

Entretien n°9 : ALINE *Durée de l'entretien : 33 minutes et 07 secondes*

Présentation du couple : Aline a 40 ans et est directrice des ressources humaines dans son entreprise. Elle est en couple depuis 5 ans avec Pascal, 46 ans, commercial, qui a déjà un petit garçon de 8 ans, en garde alternée.

Parcours en AMP : Aline et Pascal ne s'attendaient pas à avoir des difficultés à concevoir un enfant. Le gynécologue d'Aline les a persuadés de consulter en AMP. Finalement, les bilans ont révélé une endométriose inconnue auparavant. Une IIU a été tentée sans succès. Il y a quelques mois, Aline a fait une fausse couche à 11 SA après son premier transfert d'embryon. Elle doit avoir un 2ème transfert prochainement

Vécu de l'infertilité : Aline a vécu l'annonce de son infertilité comme un véritable choc. Elle ressent une part de culpabilité d'avoir longtemps privilégié sa carrière professionnelle avant sa vie personnelle et a l'impression d'en payer le prix aujourd'hui. Elle pense que cela affecte moins Pascal qui a déjà un enfant.

Impacts de l'AMP : Les examens de diagnostic ont été très difficiles à supporter pour Aline. De même, la première insémination lui a paru vraiment déroutante : elle a du mal à concevoir que l'on puisse être enceinte sans rapport sexuel. Pascal a également très mal vécu le moment du recueil, cela l'a blessé dans « son égo d'homme ». Aline évoque également sa fausse couche et les douleurs qu'elle a ressenties, mais évoque plus la douleur physique que psychologique. Elle développe également beaucoup ses angoisses d'échec. Au quotidien, le couple parle assez peu de leur parcours, c'est un sujet assez tabou entre eux, ce qui rend difficile la communication, et parfois la relation. Aline essaye d'avoir une vie sociale au maximum et de passer du temps avec ses amies, même si elle s'impose une hygiène de vie stricte dans l'espoir d'une grossesse au prochain transfert, qu'elle attend avec un mélange d'impatience et d'anxiété. En effet, Aline a 40 ans et elle a l'impression qu'il s'agit de sa dernière chance.

Expérience de l'hypnose : Aline a entendu parler de la sage-femme qui pratique l'hypnose au centre AMP, après son insémination, et a décidé de prendre rendez-vous afin de maximiser ses chances. Et d'après elle, quelle découverte ! L'hypnose, selon ses dires, l'a soulagée d'un poids : elle a retrouvé une estime de soi perdue, et a pris conscience de ses capacités personnelles à surmonter les épreuves. L'hypnose est devenue essentielle pour gérer stress, angoisse et insomnies. Elle se projette avec un bébé lorsqu'elle est sous hypnose et utilise les séances d'autohypnose pour se détendre. L'hypnose pour sa ponction d'ovocytes et son premier transfert ont été une expérience très enrichissante selon elle. Pour le transfert prochain, elle souhaiterait vivre l'expérience encore plus sereinement et imaginer concevoir naturellement afin d'effacer cette image de « grossesse artificielle ». Au total, Aline est très heureuse d'être forte de cet outil.

Entretien n°10 : MARIE *Durée de l'entretien : 44 minutes et 25 secondes*

Présentation du couple : Marie a 32 ans, elle est professeur au lycée, dans la banlieue de Montpellier, en informatique. Elle est en couple avec Marc, 40 ans, informaticien. Le couple n'a pas encore d'enfant.

Parcours en AMP : Marie avait déjà essayé d'avoir un enfant avec son compagnon précédent sans succès, et finalement, elle et lui s'étaient séparés en mauvais termes. Cette relation, conflictuelle, a d'ailleurs profondément marqué Marie. Aussi, lorsqu'elle et Marc ont essayé de concevoir un enfant, la jeune femme s'est rapidement inquiétée de n'avoir jamais été enceinte. Le bilan en AMP a révélé une anomalie de la glaire cervicale et une légère asthénospermie chez Marc. Après deux inséminations intra-utérines, le couple a dû surmonter l'épreuve d'une fausse couche précoce à 6 SA. Après une pause pour s'en remettre, le couple se prépare pour une troisième insémination.

Vécu de l'infertilité : Marie me décrit longuement Marc comme très attentionné et à l'écoute, ce qui contraste avec sa relation précédente. Elle a d'autant plus peur de le décevoir et veut se montrer forte dans toutes ces épreuves. Pour elle, l'infertilité est un travail de deuil : elle aurait aimé vivre son idylle sereinement et trouve qu'il y a une part « d'injustice » dans tout ça. Elle évoque le sentiment d'échec de Marc, qui dit ne pas pouvoir vivre sans être père un jour.

Impacts de l'AMP : Pour Marie, l'attente du diagnostic a été insoutenable. Elle évoque également la multiplicité des examens, la douleur, mais aussi les contraintes, peu compatibles avec sa vie professionnelle. Marie développe longuement les impacts de l'AMP dans sa vie personnelle et professionnelle, et revient souvent sur les notions d'attente, de stress, de déceptions… Elle redoute de devoir passer par l'étape de la FIV un jour. Sa fausse couche a été vécue comme un véritable échec, pour elle comme pour le couple, car Marie ne s'y attendait vraiment pas : elle redoute le fait de revivre ça de nouveau.

Expérience de l'hypnose : Marie a décidé de prendre rendez-vous pour de l'hypnose au tout début de son parcours en AMP sur les conseils d'une amie. Prête à tout pour devenir maman, elle a également apprécié le fait de rencontrer une sage-femme : pour elle, c'est comme si les sages-femmes étaient synonymes de maternité. L'hypnose a principalement aidé Marie à tourner la page sur sa précédente relation, qui avait abîmé son estime d'elle-même. Elle a pu tirer un trait sur son histoire et trouver en elle des ressources pour surmonter son histoire. Par ailleurs, l'hypnose l'aide à apaiser son stress et est un véritable soutien. Marc a vraiment soutenu Marie dans sa démarche, comme dans « tous ses projets », et il se prête au jeu de l'écoute des séances d'autohypnose. Pour la prochaine insémination, Marie lui a proposé d'écouter une séance avant le recueil afin qu'il soit plus détendu en comparaison des recueils précédents, ce qui ne « lui fera sûrement du bien ». Par ailleurs, elle est reconnaissante d'avoir cet outil à disposition pour faire abstraction de toute la médicalisation et « assassinat au romantisme » que constitue le geste. Marie espère être enceinte prochainement et expérimenter l'hypnose ensuite dans la joie d'être future maman.

Entretien n°11 : **SARAH** *Durée de l'entretien : 42 minutes et 44 secondes*

Présentation du couple : Sarah a 34 ans, elle est diététicienne. Elle est en couple avec Alexis, 33 ans, chargé de ressources humaines. Le couple se connait depuis le lycée mais tous deux ont vécu leur vie séparément avant de débuter leur histoire d'amour il y a 5 ans. Le couple a eu son premier enfant ensemble il y a 8 mois, une petite fille prénommée Jade.

Parcours en AMP : Sarah a réalisé une interruption volontaire de grossesse il y a 10 ans. Alexis et elle ont essayé d'avoir un enfant en vain pendant 2 ans avant de consulter en AMP. Le bilan d'infertilité n'a permis de mettre en évidence aucune cause notable. Après 3 IIU, Sarah a donné naissance à Jade il y a 8 mois.

Vécu de l'infertilité : Pour Sarah, l'infertilité a d'abord été beaucoup d'incompréhension : elle m'explique que, même si aucune cause n'est retrouvée, il est difficile de ne pas ressentir une part de culpabilité. Sarah évoque plusieurs fois au cours de notre entretien le fait qu'elle a déjà été enceinte, et qu'elle avait choisi d'interrompre sa grossesse. Le fait de ne retrouver aucune cause a d'abord été très difficile à vivre car elle estimait qu'il s'agissait alors sûrement d'un blocage psychologique, mais la rassure, maintenant qu'elle a un enfant, car cela lui permet de penser qu'elle pourra peut-être concevoir un autre enfant de « manière naturelle ».

Impacts de l'AMP : Sarah m'a répété plusieurs fois avoir de la chance de n'avoir eu à passer que par l'insémination artificielle, car la FIV est quelque chose qui lui fait vraiment peur. Elle m'a longuement fait part des examens diagnostics qu'elle et Alexis ont subis, de l'attente des résultats, de l'angoisse d'une annonce d'infertilité irréversible. Pour l'insémination intra-utérine, Sarah garde un assez mauvais souvenir de la stimulation et m'évoque plusieurs fois la douleur physique. Par ailleurs, le fait de concevoir avec une aide médicale est quelque chose qu'elle espérait ne jamais connaître : elle s'est sentie inutile et dépossédée de sa fonction reproductrice. Finalement, l'arrivée de Jade lui a fait oublier en grande partie tout ce parcours.

Expérience de l'hypnose : Sarah avait déjà entendu parler d'hypnose par le biais de ses collègues, mais c'est sur internet à la recherche d'un accompagnement psychologique qu'elle a découvert l'activité de la sage-femme hypnothérapeute. Le fait que ce soit une sage-femme l'a tout de suite convaincue. L'hypnose a notamment permis à Sarah de dépasser sa culpabilité vis-à-vis de son interruption de grossesse et de positiver ses représentations. Par ailleurs, elle a été un soutien et un atout face au stress permanent. Durant l'insémination, l'hypnose l'a simplement aidée à passer ce « mauvais moment ». Durant la grossesse, Sarah a souhaité poursuivre, ravie de l'accompagnement par une sage-femme. Elle décrit la grossesse à l'issue d'une PMA comme à la fois merveilleuse et terrible, consistant en un mélange d'anxiété et d'émerveillement. La préparation à la naissance par l'hypnose lui a permis d'être apaisée et de se projeter dans sa maternité.

Entretien n°12 : **ALEXIS** *Durée de l'entretien : 24 minutes et 42 secondes*

Présentation du couple : Alexis est le compagnon de Sarah (cf Entretien n°11)

Parcours en AMP : (cf Entretien n°11)

Vécu de l'infertilité : Alexis ne s'attendait pas à avoir des difficultés pour avoir un enfant, et n'a d'ailleurs pas été surpris qu'aucune cause ne soit retrouvée. Pour lui, il s'agissait plutôt d'un bon signe que d'une difficulté supplémentaire, et ça lui a permis de garder espoir.

Impacts de l'AMP : Pour Alexis comme pour Sarah, les examens de diagnostic ont été longs et anxiogènes. Il a finalement été rassuré d'apprendre qu'il n'existe aucun obstacle mécanique à la conception naturelle dans leur couple. Alexis a mentionné plusieurs fois les contraintes du parcours, notamment sur la vie professionnelle et sociale. Par ailleurs, pour lui, le fait de recueillir sa semence dans un pot pour concevoir un enfant a été très difficile : la médicalisation au dépend du naturel a été difficile à accepter même s'il ne regrette en rien ce que cela a permis. Alexis a exprimé à plusieurs reprises que sa masculinité « en avait pris un coup », tout comme son orgueil.

Expérience de l'hypnose : Alexis ne connaissait l'hypnose que par le biais des spectacles de Mesmer avant d'entendre Sarah « vanter ses mérites ». Au début, il ne comprenait pas bien la démarche mais a fini par changer d'avis. S'il ne l'a lui-même pas expérimentée, il a été témoin de l'apaisement de sa compagne. Pour lui, l'accompagnement permet de ne pas être passif dans la prise en charge et d'essayer de se donner « tous les moyens à disposition » pour maximiser les chances de réussite. Alexis s'est laissé surprendre à écouter les séances d'autohypnose de Sarah : il reconnait y avoir trouvé une certaine forme d'apaisement. Pour lui, la poursuite de l'hypnose pendant la grossesse permet d'appréhender plus sereinement les évènements en raison de la continuité de l'accompagnement.

Annexe 10 : Exemple d'un entretien

Léa : Alors, dans une première partie de l'entretien, on va d'abord parler infertilité, parcours en PMA, si vous voulez bien, et seulement après on discutera d'hypnose, ça va pour vous ?

Jeanne : Oui, parfait !

Léa : Alors, est-ce que vous pourriez commencer par vous présenter un peu, vous, votre partenaire, votre couple ?

Jeanne : Alors, euh, ... je m'appelle Jeanne, j'ai 28 ans, et je suis préparatrice en pharmacie. Je suis avec mon compagnon depuis 7 ans du coup, lui il est ingénieur. Et euh… il s'appelle Arthur. On habite à Montpellier depuis 6 ans ensemble, voilà.

Léa : D'accord ça marche ! Et est-ce que vous avez des enfants, ensemble ou d'une précédente union peut-être ?

Jeanne : Alors, … oui ! Depuis 11 mois, on a un merveilleux petit garçon, et ensemble, évidemment.

Léa : Super ! Félicitations ! Et du coup tout se passe bien pour vous ?

Jeanne : Oui oui très bien ! Je vous remercie !

Léa : Parfait ! Alors, donc… Est-ce que vous pourriez peut-être me résumer un peu tout votre parcours, à partir de votre toute première consultation en PMA jusqu'au moment où vous avez su que vous étiez enceinte ?

Jeanne : Hmh… alors… bon… déjà notre première consultation… alors on a pris rendez-vous parce que clairement, ça faisait plus d'un an qu'on essayait… on essayait, on essayait, on finissait par ne parler que de ça limite… et puis la famille qui nous demandait tout le temps « c'est pour quand ? c'est pour quand ? » … enfin voilà, on commençait à s'inquiéter vraiment tous les deux et à s'impatienter… Du coup on a eu un premier rendez-vous au centre, après j'ai fait pas mal d'examens, et pour moi, rien à signaler ! Au final, en fait, y'avait quelque chose au niveau du spermogramme… je ne saurais pas vous ressortir exactement le nom…

Léa : Hmh… oligo-asthéno-tératospermie ?

Jeanne : Oui voilà exactement ! Et on s'y attendait pas vraiment en fait… De toute façon on est préparé à rien, ni à ce qui nous tombe dessus, ni à toute la suite ! Les examens, des fois invasifs, les prises de sang, les injections, les rendez-vous, le contact permanent avec le centre… bref… on a dû passer par une FIV ICSI pour avoir Eliott, donc en gros on prélève nos ovules pour mettre directement les spermatozoïdes dedans, et au final, voilà ! Entre temps, j'ai fait deux… comment dire… « pertes », en début de grossesse, vers 6 semaines et 8 semaines à peu près …

Léa : Vous avez fait deux fausses couches ?

Jeanne : Oui voilà. Et à chaque fois on perdait un peu plus espoir, on se disait qu'on n'aurait jamais d'enfant fin, à un moment ça monte à la tête quand même… Même si nous, on a mis que quatre ans entre guillemets en tout, fin je dis ça parce que, en PMA on est vachement en contact avec d'autres personnes qui vivent la même chose que nous, on échange beaucoup et en fait, y'en a pleins pour qui ça prend des années, et y'en a qui finissent par jamais réussir en fait, enfin on se plaint pas c'est ça que je veux dire, d'ailleurs vous avez certainement dû interroger des femmes qui, peut-être qu'elles auront jamais d'enfant, c'est vraiment dur…

Léa : Oui c'est vrai que pendant certains entretiens, mais même dans les stages ou autre, les témoignages, c'est vraiment difficile parfois… Surtout quand on n'a pas encore d'enfant, on s'imagine pas forcément qu'il pourrait y avoir des obstacles…

Jeanne : Franchement nous, on y avait jamais vraiment réfléchi, enfin, vous dans vos études et vous travaillez sur ça, vous devez y penser maintenant, je sais pas, vous avez des enfants peut-être… ?

Léa : Non non pas encore…

Jeanne : Bah on n'y pense pas à l'avance je trouve, même si on parle beaucoup de PMA dans les médias, d'infertilité, tout ça, on se sent pas concerné, c'est toujours pareil, on croit toujours que ça n'arrive qu'aux autres…

Léa : Oui, c'est vrai…

Jeanne : Enfin voilà, voilà un peu notre parcours.

Léa : Ok, ça marche ! Du coup, vous ne vous y attendiez pas du tout, … et alors, l'annonce de l'infertilité, le fait d'avoir besoin d'une aide extérieure à votre couple pour concevoir Eliott, comment vous avez vécu ça ?

Jeanne : Euh… Je pense qu'on a compris qu'on aurait besoin des médecins qu'après avoir commencé les traitements, enfin, au début, même avec le spermogramme, on se disait encore « c'est pas possible doit y avoir une erreur », et d'ailleurs, y'a eu un contrôle, on en a fait un deuxième, mais c'était pareil et quand on nous a expliqué tout ça, comment ça allait se passer, la FIV, les injections, c'est là qu'on a compris. (silence) Après, nous tant qu'on réussissait à avoir un enfant, peu importe que ce soit avec une aide finalement, même si ça coupe un peu le romantisme et qu'on doit faire le deuil de la conception parfaite, c'est comme ça, on fait avec.

Léa : Oui, je comprends… Et vous pensez qu'à un moment, il y a pu avoir de la culpabilité au sein de votre couple ?

Jeanne : Oh bah lui je pense qu'il ressentait quelque chose comme de la culpabilité oui, même s'il en parlait pas forcément… comment dire, on voit bien, ça l'a beaucoup affecté quand même, je pense qu'en tant qu'homme, de se dire qu'on ne peut pas « donner d'enfant » à sa compagne, enfin vous voyez, c'est un peu ça dans les esprits, ça a quand même dû le travailler, et puis c'est une annonce compliquée à encaisser… en tout cas de mon côté, je ne lui en ai jamais voulu, évidemment, on a surmonté ça ensemble main dans la main et soudés.

Léa : Oui je vois… Et votre entourage du coup était au courant ?

Jeanne : La famille non pas vraiment, c'est un sujet assez tabou… le genre de sujet qu'on aborde pas au milieu d'un repas de famille non. Comme je vous ai dit, on nous demandait beaucoup pour quand seraient les petits-enfants, mais nous on esquivait un peu les remarques… Par contre nos amis oui, on a eu besoin de soutien, mais nos familles, globalement, hormis ma maman, non.

Léa : D'accord… Du coup, on dit parfois que le parcours de PMA est un parcours du combattant… Qu'en pensez-vous ?

Jeanne : Ah… alors… Oui c'est sûr, mais déjà rien que dans la vie de tous les jours… Déjà, avec le travail, caler ses rendez-vous avec ses horaires, c'est pas simple, surtout que c'est pas le genre de chose qu'on raconte trop autour de soi quand-même… j'ai eu un arrêt de travail pour ma deuxième… fausse couche parce-que, franchement, j'en avais vraiment besoin, j'aurais pas su faire autrement, on m'a posé beaucoup de questions au travail déjà. Et après, en fait un peu sur tous les plans…

Léa : Est-ce que vous sauriez m'en dire plus ?

Jeanne : Hmh… Donc déjà l'organisation… Mais ensuite, c'est un stress de tous les jours… Vous voyez pendant la stimulation par exemple, on doit faire des injections, eh bien pour quelqu'un comme moi qui ne supportait pas les prises de sang, les aiguilles, j'ai été servie ! Et puis l'attente… On attend, et on ne sait pas où on va, l'appréhension à chaque échographie, est-ce qu'on répond bien au traitement, et puis, l'attente dans l'inconnu… la peur de l'échec… (silence) Sans parler de toute cette médicalisation, c'est vraiment anxiogène, on finit par se sentir « malades » à force de voir tant de médecins, de subir tant de techniques, alors qu'on ne l'est pas, on a juste besoin d'un petit coup de pouce… Y'a vraiment mille raisons qui font que ce parcours est assez rude, on en sort pas indemnes c'est certain, mais ça nous empêchera pas peut-être d'en vouloir un deuxième.

Léa : Oui, après la récompense est là… !

Jeanne : Voilà, c'est ça !

Léa : D'accord, et du coup, sur votre couple directement, votre vie intime, vous pensez qu'il y a eu des impacts ?

Jeanne : Hmh je dirais que nous, ça nous a rendu plus fort, enfin c'est facile de dire ça après coup, mais je pense vraiment. Je pense que c'est quitte ou double. Qu'il y a des couples qui se déchirent… on connait un couple qui a fini par tout arrêter et se séparer, c'est triste, c'est comme ça, mais nous non ça va… Au contraire. En fait, ce que ça change, c'est qu'on en parle

beaucoup, ça nous bloquait dans pas mal de projets… on a repoussé notre mariage par exemple, alors… on avait pas vraiment la tête à ça, aux préparatifs, et puis j'espérais toujours que j'allais être enceinte alors, si la date tombait à la période d'accouchement par exemple… (rires)

Léa : Pas pratique, effectivement !

Jeanne : Oui, non, en fait, ce sont des petites choses, c'était pas la fin du monde, mais tout mis bout à bout, on a quand même l'impression d'avoir été… en suspend pendant quatre ans… C'est ce qui en ressort aujourd'hui… Mais vraiment, dans la relation en elle-même ou dans les sentiments qu'on ressentait l'un pour l'autre non, je ne pense pas que ça ait eu un impact… Après… l'intimité… c'est délicat de parler de ça…

Léa : Oui, non je comprends, vous n'êtes pas obligée de répondre, bien entendu !

Jeanne : Non non mais juste, je pense qu'à un moment, même inconsciemment, la vie sexuelle est forcément impactée pendant la PMA, ne serait-ce que parce qu'on finit par ne plus se sentir tout à fait maître de son corps… peut-être… mais je ne saurais pas en dire plus…

Léa : Aucun problème ! On va poursuivre sur un autre sujet… alors, on va discuter un peu de votre expérience de l'hypnose maintenant si vous êtes d'accord ?

Jeanne : Oui, parfait

Léa : Alors, déjà, pourquoi vous êtes-vous dirigée vers l'hypnose, et à quel moment ?

Jeanne : Alors… c'était pas trop mon truc, j'étais assez sceptique on va dire. Enfin, j'étais quand même un peu informée, j'imaginais pas du tout quelque chose à la Messmer, mais pour moi avec la sophro, tout ça, c'était un peu du pareil au même… Et la sophro, j'avais eu l'occasion d'essayer plus tôt dans ma vie, et c'était pas… en fait j'avais beaucoup de mal à me laisser aller tout simplement…

Léa : Oui, l'une des différences, c'est surtout tout ce qui est suggestion par exemple…

Jeanne : Oui voilà, en tout cas, j'y allais un peu à reculons, mais on m'avait vivement conseillé de prendre rendez-vous pour l'hypnose, j'en avait beaucoup entendu parler, alors, enfin, je pense qu'à un moment on est vraiment prêt à tout essayer, alors j'ai essayé... C'était après la première tentative ! Et finalement j'ai continué pendant ma grossesse, alors vous voyez !

Léa : Ah oui, d'accord ! Et globalement, vous en avez pensé quoi ?

Jeanne : Peut-être que c'est la sage-femme qui fait tout, j'ai pas essayé avec quelqu'un d'autre pour tout vous dire ! Mais en fait, même l'autohypnose, parce que du coup j'ai appris entre guillemets à le faire toute seule, même ça je continue à le faire, encore aujourd'hui, ça m'arrive…

Léa : Pour vous, qu'est-ce que ça évoque alors ? Ça vous a apporté quelque chose ?

Jeanne : Beaucoup d'apaisement, c'est surtout ça. En fait, j'avais besoin de me débarrasser de certaines choses du passé déjà et puis de ma première fausse couche, c'est quand même pas anodin dans la vie d'une femme… Ça m'a permis d'en parler, et puis, peut-être de laisser ça derrière moi... J'ai appris à plus me concentrer sur mes réussites et sur ce dont je suis fière, plutôt que sur mes échecs…

Léa : Avec la séance des « deux coffres », par exemple ?

Jeanne : Oui ça doit être ça, vous voyez, la séance où on condamne un coffre qui ne nous plait pas du tout avec tout ce qui est négatif à l'intérieur…

Léa : Oui c'est ça !

Jeanne : Oui donc voilà, ça a commencé par là on peut dire. Et après, la séance qui permet de faire revivre, comme sur un écran un souvenir vraiment désagréable, et d'apprendre à le « minimiser » ou le surmonter… En fait, ça permet d'apprendre à faire la part des choses dans un premier temps… Et après, c'est surtout l'autohypnose qui m'a aidée… Au début on se demande comment faire, mais à force d'entrainement, on écoute un peu les séances audio de temps en temps, moi je les écoutais quand j'avais du mal à m'endormir par exemple... (silence) Et puis pour le transfert d'embryon aussi, et ça, c'est vraiment utile.

L'autohypnose on finit par s'en servir dès que ça va pas en fait, on apprend vraiment à lâcher prise.

Léa : Oui donc du coup, les deux transferts que vous avez faits après avoir découvert l'hypnose, vous les avez appréhendés de la même façon ?

Jeanne : Non bah non, c'est sûr, même si c'est surtout se relaxer, penser au futur enfant plutôt qu'au geste en lui-même, c'est tout, ça fait du bien quand même, on a l'impression d'être mis à contribution aussi.

Léa : À contribution ?

Jeanne : Oui on a l'impression qu'on fait notre part du travail un peu. En fait, vous voyez, la sage-femme nous demande de faire de l'autohypnose avant, pendant, après, c'est un peu notre tâche à nous, mon compagnon l'a fait aussi du coup, donc on était dans notre truc, et voilà, on ne faisait pas rien, on faisait ça ensemble… c'est comme si on participait à faire notre enfant…

Léa : Vous vous êtes sentis actifs donc ?

Jeanne : Oui, on s'est senti actifs, mais aussi considérés, enfin, vous voyez, j'avais peur que le médecin refuse que je sois avec mes écouteurs et en fait non, j'ai pu me poser, me relaxer, penser à mon futur bébé et voilà, c'était beaucoup d'émotions, je l'imaginais s'accrocher, j'espérais de toutes mes forces et voilà, c'était vraiment un beau moment malgré l'environnement médical et la position !

Léa : Ah oui, la position gynécologique…

Jeanne : Oui voilà, bon c'est comme ça ! Mais en fait je l'ai vraiment bien vécu. Du coup j'ai fait deux transferts dans ces conditions… Malheureusement, le premier s'est soldé, par une deuxième fausse couche à 8 semaines… Gros coup dur, vraiment très difficile…

Léa : Oui, je comprends… (silence)

Jeanne : Du coup, on a décidé de lever le pied un peu, on a déménagé d'ailleurs à cette période-là, dans un appartement plus grand. Mais c'est surtout… beaucoup de culpabilité, enfin, je pense qu'en tant que femme, quand on fait une fausse couche, on se demande « ce qui a provoqué ça », on se demande ce qu'on a bien pu faire pour que l'embryon se décroche… Et mon partenaire me rappelait de penser succès plutôt qu'échec, il me remontait beaucoup le moral, vous voyez, c'est lui qui écoutait les leçons d'hypnose en fait (rires) !

Léa : Ah oui, exactement !

Jeanne : Et du coup, on a repris, il nous restait des embryons congelés, alors on a fait un autre transfert et celui-là, on était étonnement détendus et confiants, et finalement… surprise !

Léa : Parfait ! Votre partenaire, du coup, qui avait l'air dans un bon état d'esprit, qu'est-ce qu'il a pensé de l'hypnose dans tout ça d'après vous ?

Jeanne : Hmh… Il est jamais venu aux séances avec la sage-femme lui, par contre, on en discutait beaucoup entre nous quand j'avais eu un rendez-vous dans la journée, je lui racontais, et puis il écoutait les enregistrements audio et, lui, il était assez nerveux, surtout pour le recueil, enfin, ça lui a permis de déstresser quoi, il avait besoin de se relaxer vraiment, la veille au soir, je lui ai mis ça dans les oreilles et hop, il dormait !

Léa : Ah oui, carrément !

Jeanne : Oui radical !

Léa : Ok ! Donc… globalement, il était assez satisfait que vous ayez opté pour ce suivi ?

Jeanne : Oui je pense, vraiment. Je lui ai dit que nous devions nous contacter ce matin vous et moi, et il m'a dit que ça avait l'air vraiment intéressant…

Léa : Mon sujet de mémoire ?

Jeanne : Oui, qu'il trouvait ça vraiment bien. Je pense qu'il a bien vu que ça m'avait aidée et apaisée déjà, et puis, même s'il ne l'avouera pas forcément, je suis sûre que ça l'a vraiment relaxé aussi ! Et puis, comme je vous l'ai dit, pendant le transfert, on était sur la même longueur d'onde…

Léa : Parfait alors ! Du coup, vous me disiez que vous aviez continué l'hypnose vous, pendant la grossesse ?

Jeanne : Hmh alors, oui, déjà quand j'ai su que j'étais enceinte… En fait, le tout premier test positif, la toute première grossesse, c'est une vraie victoire, on est tout excité ! Après deux fausses couches… Le début de la troisième grossesse, on voit ça autrement quand même… Après, c'est difficile à expliquer mais on avait un bon pressentiment comme je vous l'expliquait… Mais, on va dire que j'avais vraiment besoin des séances, aussi parce que du coup je voyais une sage-femme régulièrement, inconsciemment, peut-être que ça m'a rassurée ! Et puis, passé le premier trimestre, là, oui, on prend conscience que cette fois, c'est différent. Cette fois, on va vraiment avoir un bébé ! Et là, c'est la panique !

Léa : Ah ? Qu'est-ce que vous ressentiez ?

Jeanne : Bah on a pris conscience qu'on allait peut-être vraiment devenir parents ! Mais à côté de ça, à ce moment-là, on craint encore tout, toutes les complications, les déceptions… on a peur à chaque écho, et puis tout disparait un peu quand on le sent bouger je trouve !

Léa : Oui, c'est vraiment rassurant !

Jeanne : Voilà, c'est ça ! Du coup, on va dire que ça nous a permis de traverser cette période avec un peu moins d'appréhension… Après y'a eu la préparation à la naissance, du coup c'était avec la même sage-femme et une séance d'hypnose à la fin à chaque fois, ça permet une certaine continuité avec le parcours on va dire, on se sent soutenu, y'a quelqu'un qui est là du début à la fin, et ça aide.

Léa : En quoi cela vous a aidé exactement durant votre grossesse et la prépa ?

Jeanne : À gérer le stress et positiver, principalement ! Et puis, comme je vous disais, le fait d'avoir un suivi continu, du parcours de PMA à la naissance… Par contre pour la naissance, j'ai pas cherché à utiliser l'hypnose pour substituer la péridurale !

Léa : Oui, non, les patientes qui ont ce projet s'entraînent vraiment différemment pendant toute la grossesse, c'est un projet qui demande vraiment à être construit….

Jeanne : Oui j'imagine, après en revanche, je me suis laissée aller à l'autohypnose pendant la pose de la péri, c'est passé assez vite !

Léa : Super ! Donc ça vous a quand même suivi jusqu'à la naissance !?

Jeanne : On peut dire ça ! J'y retournerais pour le deuxième !

Léa : Si vous deviez donner une note à l'impact de l'hypnose dans votre parcours, 0 représentant aucun impact, 10 l'impact positif maximal et -10 l'inverse, qu'est-ce que vous diriez ?

Jeanne : Hmh. 0 c'est aucun impact c'est ça ?

Léa : Oui c'est ça !

Jeanne : Alors je dirais plutôt 7 ! Oui parce que même l'autohypnose, comme je vous disais je m'en sers… voilà !

Léa : Parfait ! 7 sur notre barème ça signifierait un impact positif « fort », est ce que vous maintenez votre réponse ?

Jeanne : Oui oui c'est très bien ! Les couples en PMA… enfin, parfois y'a une telle détresse… Je pense que, moi en tout cas, ça m'a permis de traverser plus sereinement tout ça.

Léa : Ok ! Et est-ce que vous auriez des suggestions dans le but d'améliorer cet accompagnement ?

Jeanne : Euh… un meilleur accès surtout, une seule professionnelle pour Montpellier, c'est absolument pas suffisant… et puis, un remboursement, peut-être de la sécu ou autre, je ne sais pas, des aides, des consultations mises en place par la clinique… une meilleure accessibilité et prise en charge financière.

Léa : C'est ce qui ressort pour l'instant des entretiens… Ok d'accord ! Pour terminer, vous recommanderiez l'hypnose à un autre couple dans votre situation ?

Jeanne : Oui oui, même si au premier abord on sait pas trop, ça vaut le coup d'essayer !

Léa : Très bien ! Est-ce que vous avez autre chose à ajouter, en lien avec le sujet ?

Jeanne : Non je ne pense pas !

Léa : Eh bien, je vous remercie vraiment pour votre témoignage !

Jeanne : Merci à vous ! Bonne continuation !

Annexe 11 : Résultats relatifs au vécu de l'infertilité et du parcours

L'infertilité, une épreuve à surmonter

Le choc (n=4)

Jeanne : *« On s'y attendait pas vraiment en fait... […] On n'y pense pas à l'avance je trouve, même si on parle beaucoup de PMA dans les médias, d'infertilité, tout ça, on se sent pas concerné, on croit toujours que ça n'arrive qu'aux autres... […] même avec le spermogramme, on se disait encore "c'est pas possible doit y avoir une erreur" »*

Sarah : *« Je ne comprenais pas… J'avais déjà été enceinte, alors pourquoi pas cette fois ? De l'incompréhension surtout, c'est surtout ça que j'ai ressenti »*

L'injustice (n=2)

Maxence : *« C'est difficile à encaisser quand même… Ça fait partie des injustices de la vie vous voyez… En tant que soignant, on en voit un sacré paquet d'injustices ! Eh bien là, moi, je l'ai vécu comme ça »*

Marie : *« Je trouvais enfin l'homme avec qui… enfin l'homme de ma vie en fait… il faut dire les choses, et non, tout ne pouvait pas bien se passer, il fallait que quelque chose vienne encore noircir le tableau… Je ne peux pas m'empêcher de me dire qu'il y a une part d'injustice dans tout ça »*

L'impuissance (n=2)

Maxence : *« Je la voyais souffrir, j'essayais de la consoler par tous les moyens, de lui remonter le moral… mais vraiment, on se sent impuissant, on ne sait plus quoi faire »*

Sophie : *« Ce n'est pas de la colère ou du ressentiment, non… C'est plutôt… Ça se rapproche plutôt de l'impuissance… En fait, on ne peut rien faire du tout face à ça »*

L'échec (n=3)

Laure : *« C'est surtout que… si je n'arrivais pas à devenir maman… ce serait quand même l'échec de ma vie »*

Marie : *« Lui non, il le vit comme un échec surtout. Marc a toujours rêvé d'avoir un enfant, il ne s'en relèverait pas… c'est vital, j'espère que cette fois, tout se passera bien »*

La culpabilité (n=8)

Valentine : *« De la culpabilité oui ; de mon côté je me sens coupable. Lui il ne m'en veut pas, ça, c'est une certitude, c'est pas le problème, c'est que, forcément quand ça coince d'un côté, ça doit être plus difficile pour celui qui n'a rien et qui doit subir malgré tout […] Pour moi, enfin, c'est sûrement bête de réfléchir comme ça, mais tout est normal pour lui, alors oui, quelque part, je me sens seule responsable de tout ça […] Et puis envers ma famille aussi… ne pas pouvoir donner de petits-enfants à ma maman, c'est compliqué »*

Jeanne : *« Oh bah lui je pense qu'il ressentait quelque chose comme de la culpabilité oui, même s'il en parlait pas forcément... comment dire, on voit bien, ça l'a beaucoup affecté quand même, je pense qu'en tant qu'homme, de se dire qu'on ne peut pas "donner d'enfant" à sa compagne, enfin vous voyez, c'est un peu ça dans les esprits, ça a quand même dû le travailler »*

Maxence : *« On ne sait plus quoi faire… Et puis, de ne pas réussir à l'aider, forcément ça me faisait beaucoup culpabiliser, même si on essaye tout, on se sent vraiment nul »*

Sarah : *« On n'a rien retrouvé, rien du tout, mais quand on a déjà été enceinte, et qu'en plus on a décidé de… d'interrompre ce processus, on se dit au fond… on se sent quand même un peu coupable »*

Le deuil (n=4)

Caroline : *« J'ai attendu 41 ans pour être sur le point d'avoir enfin un bébé… cet enfant, c'est un peu comme si je l'avais attendu toute ma vie… quasiment depuis que je suis ado je rêve de devenir maman, alors forcément, j'ai dû faire le deuil de tout ce que j'avais pu m'imaginer à cette époque… L'arrêt de la pilule, la joie d'annoncer ma grossesse… tout ça, rien ne s'est passé comme je l'avais… pas prévu… mais plutôt imaginé. […] On a décidé de ne pas avoir de deuxième enfant, 43 ans c'est bientôt donc on ne veut pas repartir là-dedans de sitôt et… bon il faut que je fasse une croix sur mes rêves de famille nombreuse c'est tout »*

Maxence : *« Elle, elle voyait des enfants courir partout, non moi, je voyais plutôt un duo fille/garçon, un peu à la Luke et Leia (rires). Plus sérieusement, c'est un travail de deuil de se dire qu'on aura qu'un enfant unique, y'a eu du déni, de la colère et de la jalousie, c'est tout un processus et ça se termine pareil, on finit par accepter. »*

Sophie : *« On s'imagine toutes je pense… on idéalise le moment où on apprend la grossesse, où on l'annonce, la première écho, le voir bouger… j'ai dû accepter que pour moi… ce ne serait pas tout à fait comme ça, même si, apprendre que j'attendais ma fille c'était magique, avec les conditions dans lesquelles ça s'est fait, les traitements, les médecins, les mises en gardes, on se dit que ça ne va pas marcher, et l'investissement, au début de la grossesse… on essaye de faire en sorte d'y croire, mais pas trop. J'ai fini par faire le deuil de la grossesse merveilleuse et sereine que j'espérais, même si finalement, dans l'ensemble, ça s'est plutôt bien passé »*

Marie : *« Tous les sentiments par lesquels on passe, toutes les étapes… Ça s'apparente presque à un travail de deuil… oui voilà c'est ça, un deuil »*

Le tabou (n=6)

Jeanne : *« La famille non pas vraiment, c'est un sujet assez tabou… le genre de sujet qu'on aborde pas au milieu d'un repas de famille non »*

Maxence : *« C'est… dans la vie de tous les jours assez tabou… J'en parle pas, ou alors très peu, que ce soit à ma famille, mes collègues, mes amis. De toute façon, il n'y a pas grand-chose à dire, c'est intime comme sujet, c'est quelque chose entre ma femme et moi… D'ailleurs, j'ai longuement hésité à vous répondre ! Parfois, même avec ma femme on a du mal… enfin j'avais du mal à lui dire ce que je ressentais vis-à-vis de tout ça, même si maintenant, avec la grossesse, c'est beaucoup plus simple »*

Laure : *« Avec ma famille, je ne peux vraiment pas en parler, c'est une démarche qui est assez mal acceptée… ça n'aide pas, ça accentue un peu tout ça, mais je peux comprendre »*

Céline : *« J'en discute pas avec mon entourage, ce serait vraiment très difficile de le faire… D'ailleurs, j'ai longtemps laissé croire à mes amis que je n'en voulais pas, que c'était pas si mal comme ça »*

Louise : *« Il n'en parle pas, à personne, d'ailleurs, très peu de nos proches ont connaissance de la situation »*

Aline : *« Entre nous, vraiment, on en parle assez peu… c'est assez… parfois la communication sur le sujet est un peu difficile, ou en tout cas, pas comme je le voudrais »*

Une épreuve à surmonter en couple (n=2)

Jeanne : *« Je ne lui en ai jamais voulu, évidemment, on a surmonté ça ensemble main dans la main et soudés »*

Maxence : *« Le plus important, c'est la communication. Entre nous, on pouvait vraiment en parler donc on ne se privait pas. Mon rôle, c'était de la soutenir, dans chaque moment, chaque épreuve. On a surmonté ça ensemble, en se soutenant et en discutant, même si, comme je vous disais, ça a parfois été difficile pour moi de mettre des mots sur ce que je ressentais… en tout cas l'écoute… je l'écoutais et j'étais là »*

La procréation médicalement assistée, un parcours du combattant

Les contraintes (n=8)

Caroline : *« Un parcours du combattant oui ! Long, contraignant… qui demande énormément de capacités d'adaptation… »*

Maxence : *« Vous enchaînez les examens, parfois invasifs, les rendez-vous, les traitements, puis les consignes par téléphone ou autre, qui se contredisent souvent, puis viennent les soins… en tout cas, c'est un parcours du quotidien, vraiment contraignant, sans aucun doute »*

Aline : *« En revanche, je fais très attention à tout ce que je fais… Le fait de se dire qu'on sera peut-être bientôt enceinte, et puis la période qui précède la grossesse aussi, il faut se nourrir correctement et éviter les comportements à risque, comme le tabac, l'alcool… Ça impose d'avoir une hygiène de vie irréprochable, je ne bois plus du tout quand je sors par exemple. On peut voir le bon côté des choses parce que ça ne peut être que bénéfique pour la santé, c'est évident, mais je me restreins beaucoup… en attendant… »*

Alexis : *« Et puis, les contraintes sont multiples… en termes de temps déjà. […] Pour le recueil par exemple, il y a des conditions strictes à respecter… notamment d'abstinence… ça demande de réfléchir, de programmer. On ne peut pas trop se laisser aller, tout est un peu calculé, c'est très imposant »*

Les complications (n=2)

Caroline : *« Il y a quelques temps, j'ai fait une hyperstimulation… Eh bien, je ne le souhaite à personne… c'est aussi ça : il y a des complications, des risques, comme pour tout traitement. Il y a des bénéfices, et des risques »*

Céline : *« Je ne sais pas si on peut considérer une fausse couche comme complication, mais ce qui est sûre, c'est que ce qu'on appelle hyperstimulation… On a beau être informée des risques, on pense tellement à avoir un enfant que ça parait loin, très loin. Et pourtant… ça arrive parfois. Et, pendant ce temps, tout s'arrête »*

La fatigue (n=3)

Sophie : *« Y'a des jours où on est au bout, je ne sais pas si ce sont les traitements qui font ça… mais parfois le soir, on est épuisé. Je pense qu'il y également une grande grande part de fatigue psychologique »*

Laure : *« Les insomnies aussi, depuis le début, on cogite, on y pense. C'est difficile de s'endormir paisiblement, on réfléchit, on s'endort tard, et quand on se réveille le matin, on est encore fatigué »*

Aline : *« Je faisais aussi beaucoup d'insomnies, ça accentue le sentiment de fatigue. Sans parler de la fatigue morale »*

Le stress et l'angoisse (n=12)

Valentine : *« C'est beaucoup d'angoisse au quotidien, pendant quelques heures tout va bien, et d'un coup, sans trop savoir pourquoi, je me mets à y penser, et à avoir une espèce de boule au ventre »*

Maxence : *« C'est vrai que j'ai du mal à en parler… Je suis plutôt du genre à intérioriser… Ça génère de l'angoisse, ça c'est indéniable. J'y pensais à la maison, quand j'allais travailler, sur la route ou à l'hôpital… En fait, ça reste toujours dans un coin de la tête. Puis, c'est stressant, tout est stressant »*

Louise : *« Depuis le début, chose que je ne connaissais pas du tout avant, il m'arrive même de faire des crises d'angoisse. La première, ça fait tout drôle ! Ça devait être la veille du premier transfert. C'était beaucoup, c'était même trop. Le stress est à un niveau élevé quasiment en permanence, mais là, c'était trop. Et en fait, j'en ai fait parfois. J'ai besoin de craquer parfois. »*

Marie : *« Je stresse beaucoup d'oublier un traitement, de ne pas être à la bonne heure, d'être en retard aux rendez-vous… Je note tout sur des post-it par exemple »*

La douleur physique et émotionnelle (n=6)

Caroline : *« Je me souviens surtout de la douleur, qui joue d'ailleurs autant sur le physique que sur le moral »*

Céline : *« Mon seuil de tolérance à la douleur aura été nettement augmenté durant ce parcours. En ce moment, c'est surtout cette souffrance-là que je retiens »*

Aline : *« C'est un parcours vraiment douloureux… psychologiquement certes, mais aussi physiquement ! Et que dire des douleurs de la fausse couche… Personnellement, je n'ai jamais eu vraiment de fortes douleurs d'endométriose, il parait que ça fait atrocement mal, mais je n'ai jamais vraiment eu de douleurs non plus pendant mes règles, d'où le retard de diagnostic sans doute… Mais la fausse couche… même s'il y a évidemment tout un contexte émotionnel, ça fait vraiment extrêmement mal »*

L'attente (n=5)

Sophie : *« Souvent, quand un couple souhaite un enfant, il arrête de se protéger, de prendre une contraception… puis il patiente. Et souvent, c'est l'histoire de deux ou trois mois, parfois six mais c'est tout. Et nous, on se dit que peut-être, ça prendra des années. On ne peut rien prévoir, juste, on ne peut qu'attendre, et l'attente, c'est insoutenable »*

Marie : *« L'attente du diagnostic, c'est quelque chose quand même ! On sait pertinemment qu'il y a un problème, mais lequel ? Ça ouvre la voie à toute sorte de fantasmes et idées négatives… […] De toute façon, tout au long du parcours, on ne peut rien y faire, parfois la prise en charge change ou est repoussée… et on attend »*

Sarah : *« On a attendu, attendu… et finalement… rien… aucune cause retrouvée […] Attendre après l'insémination, c'est tellement, tellement long. On a envie de faire un test tous les jours quasiment, on est à l'affut du moindre symptôme… quand il a été positif, ça a été une joie immense, et un profond soulagement au bout du compte »*

La peur de l'échec (n=5)

Jeanne : *« Et à chaque fois on perdait un peu plus espoir, on se disait qu'on n'aurait jamais d'enfant fin, à un moment, ça monte à la tête quand même… »*

Laure : *« Ma peur, c'est vraiment qu'il soit trop tard, de ne pas réussir à temps, de n'avoir jamais d'enfant… »*

Marie : *« Ma fausse couche, je l'ai vraiment vécue comme un échec, même si c'était encore le début, ça m'a terrassée. Je reprends des forces, petit à petit, mais… et si ça se reproduit ? Et si ça ne fonctionne jamais ? »*

L'hypermédicalisation (n=7)

Jeanne : *« Vous voyez pendant la stimulation par exemple, on doit faire des injections, eh bien pour quelqu'un comme moi qui ne supportait pas les prises de sang, les aiguilles, j'ai été servie ! […] Sans parler de toute cette médicalisation, c'est vraiment anxiogène, on finit par se sentir "malades" à force de voir tant de médecins, de subir tant de techniques, alors qu'on ne l'est pas, on a juste besoin d'un petit coup de pouce… »*

Maxence : *« Bien sûr, je travaille à l'hôpital alors, l'univers médical ça me connait ! Je le vis au quotidien, mais quand on passe de l'autre côté, qu'on est plus soignant mais soigné, c'est vraiment différent. On se rend compte de ce que c'est, et, comme prévu, c'est loin d'être drôle, c'est même vraiment flippant »*

Alexis : *« Toute cette atmosphère d'hôpital, c'est vraiment, vraiment trop. Évidemment, ça m'a permis d'avoir ma fille, si c'était à refaire, je le referais mille fois, mais c'est vraiment difficile. Concevoir un enfant en recueillant sa semence dans un petit pot, c'est quand même assez particulier, c'est assez loin du naturel. D'ailleurs vous parlez d'insémination intra-utérine si j'ai bien compris, nous, on nous a toujours dit "insémination artificielle", c'est bien que ce terme semblait trop écraser le naturel (rires) »*

La dépossession du corps et le sentiment de passivité (n=8)

Sophie : *« Je me suis sentie... certainement moins femme, dépossédée de ma féminité, de ma capacité à… pas à donner la vie parce que j'ai donné la vie, mais à la créer, voilà, à la créer »*

Sarah : *« L'aide médicale pour concevoir, on connaît de plus en plus, notamment avec la part des médias, surtout en ce moment, et c'est fantastique, une fois qu'on a notre enfant dans les bras, on a envie de dire mille mercis, c'est merveilleux. Mais c'est quelque chose que j'espérais ne jamais avoir à connaître. J'étais totalement inutile, on faisait un peu mon enfant à ma place quelque part, j'étais dépossédée de ma fonction reproductrice »*

Alexis : *« Notre corps ne nous appartient plus, ou en tout cas, on n'en fait rien nous »*

Des retentissements multiples sur la vie des couples

La vie professionnelle (n=7)

Valentine : *« Je suis vendeuse alors je fais des horaires classiques, qui correspondent également à peu de choses près aux horaires des rendez-vous, des examens… Je ne l'ai jamais dit à mon patron, et il n'a pas à le savoir, mais ça a compliqué beaucoup de choses, surtout dans l'organisation »*

Jeanne : *« Déjà, avec le travail, caler ses rendez-vous avec ses horaires, c'est pas simple, surtout que c'est pas le genre de chose qu'on raconte trop autour de soi quand-même… j'ai eu un arrêt de travail pour ma deuxième fausse couche parce-que, franchement, j'en avais vraiment besoin, j'aurais pas su faire autrement, on m'a posé beaucoup de questions au travail […] Donc déjà, l'organisation… »*

Céline : *« Je suis manager, en fait je ne peux pas me permettre d'être fragilisée dans mon travail, je gère une équipe et oui, ce parcours nous fragilise, alors ça a affecté mon travail parfois »*

La vie sociale (n=3)

Valentine : *« Je me suis pas mal isolée depuis le début je pense, en tout cas, c'est l'impression que j'ai et ce qu'on me fait ressentir, aussi et surtout de mes copines qui ont des enfants… j'avais peur de me retrouver avec elles et leurs bambins, peur de craquer. Heureusement, ma famille et… Arnaud me soutiennent beaucoup »*

Jeanne : *« Et puis la famille qui nous demandait tout le temps "c'est pour quand ? c'est pour quand ?" »*

Céline : *« Par exemple, j'ai longtemps dit à toutes mes amies que je ne souhaitais pas d'enfant… y'a peut-être un sentiment de honte, ça m'est arrivé de couper contact avec les personnes curieuses, qui posaient trop de questions »*

Le couple (n=7)

Valentine : *« C'est un cercle vicieux : je suis très angoissée, donc très tendue, y compris avec mon compagnon, on se dispute, par ma faute parfois, puis je culpabilise, et ça me stresse encore plus. Des tensions il y en a beaucoup, mais c'est la situation, la fatigue […] Sur la vie sexuelle, oui, c'est particulier, encore une fois, la fatigue, le stress, tout ça joue beaucoup, peut-être bien que mes problèmes hormonaux provoquent une diminution de la libido également… »*

Jeanne : *« Hmh je dirais que nous, ça nous a rendu plus fort, enfin c'est facile de dire ça après coup, mais je pense vraiment. […] En fait, ce que ça change, c'est qu'on en parle beaucoup, ça nous bloquait dans pas mal de projets… on a repoussé notre mariage par exemple […] tout mis bout à bout, on a quand même l'impression d'avoir été… en suspend pendant quatre ans… Après… l'intimité… C'est délicat de parler de ça… Je pense qu'à un moment, même inconsciemment, la vie sexuelle est forcément impactée pendant la PMA, ne serait-ce que parce qu'on finit par ne plus se sentir tout à fait maître de son corps… peut-être… mais je ne saurais pas en dire plus… »*

Céline : *« Concernant la vie sexuelle eh bien… comment dire ça… on a parfois eu le sentiment que cela ne servait à rien… qu'il n'y avait pas d'espoir de conception spontanée alors, on a parfois laissé ça de côté »*

Annexe 12 : Proposition d'un protocole de service

Service d'AMP	***PROTOCOLE DE SERVCICE :*** *UTILISATION DE L'HYPNOSE EN ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCREATION*	**20/03/2020** **Exemple, Version 1**
		Page 1 sur 1

1. ACCOMPAGNEMENT / HYPNOSE

1.1. Consultation d'annonce :

- Réalisée par un professionnel médical formé en hypnose conversationnelle (médecin, SF, …)

1.2. Dès le début de la prise en charge :

- Information de la patiente/ du couple sur le dispositif d'hypnose
- Information sur la possibilité d'hypnosédation lors de la ponction d'ovocytes selon le contexte
- Information sur la possibilité d'hypnose durant le transfert d'embryon ou l'insémination intra-utérine selon le contexte (hypnose ou autohypnose)

1.3. Consultation individuelle (une heure) :

- À programmer en début de prise en charge avec la patiente (individuelle) ou le couple
- Réalisée par un professionnel formé en hypnose formelle (psychologue, IDE, SF, …)
- Information au sujet de l'hypnose, anamnèse
- Séance formelle orientée selon les attentes et les besoins + Initiation à l'autohypnose

1.4. Séances de groupes (45 minutes) :

- Réalisables tout au long de la prise en charge en AMP
- Réalisées par un professionnel formé en hypnose formelle (psychologue, IDE, SF, …)

2. PONCTION D'OVOCYTES / HYPNOSE

2.1. Consultation d'anesthésie en vue de la ponction d'ovocytes :

- Réalisée par un anesthésiste-réanimateur formé à l'hypnose si souhait hypnosédation
- Recueil de thème et des éléments nécessaires au cours de la consultation

2.2. La ponction d'ovocytes sous hypnosédation :

- Installation puis induction (durée : environ 5 minutes)
- Réalisation de l'intervention de manière classique par le gynécologue-obstétricien
- Réassociation (durée : environ 3 à 5 minutes à l'issue de l'intervention)

3. TRANSFERT D'EMBRYON / HYPNOSE

3.1. Le transfert d'embryon sous hypnose ou autohypnose :

- Installation puis induction (durée : environ 5 min) ou patiente en autohypnose avec ou sans séance audio préenregistrée
- Réassociation (durée : environ 3 minutes) à l'issue de l'intervention ou sortie autonome de transe

4. INSÉMINATION INTRA-UTÉRINE / HYPNOSE

4.1. L'insémination intra-utérine sous hypnose ou autohypnose :

- Installation puis induction (durée : environ 5 min) ou patiente en autohypnose avec ou sans séance audio préenregistrée
- Réassociation (durée : environ 3 minutes) à l'issue de l'intervention ou sortie autonome de transe

<u>Titre</u> : De l'hypnose dans la prise en charge globale du couple en contexte d'assistance médicale à la procréation.

<u>Mots-clés</u> : hypnose – assistance médicale à la procréation – procréation médicalement assistée – infertilité – prise en charge globale – accompagnement personnalisé – vécu des couples

<u>Résumé</u> :

Introduction : Les répercussions négatives de l'assistance médicale à la procréation dans la vie du couple sont multiples ; prendre soin de ces patients est essentiel, et suppose un accompagnement personnalisé. Nous nous sommes alors interrogés sur ce que l'hypnose, notamment pratiquée par la sage-femme, peut apporter dans la globalité de ce parcours.

Méthodologie : Nous avons mené une étude qualitative, consistant en douze entretiens semi-directifs avec des patients ayant expérimenté l'hypnose dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation.

Résultats : L'hypnose, bien acceptée par les couples dans ce contexte particulier, améliore leur confort, notamment en termes de gestion de la douleur, et du stress. Elle est susceptible de jouer un rôle positif dans l'harmonie du couple, de l'amener à se sentir acteur, et à engager ses émotions lors de la conception de l'enfant. Certaines procédures médicales présentent un intérêt à être accompagnées par l'hypnose, à visée d'analgésie et/ou de relaxation. En cas de grossesse, l'hypnose pratiquée par la sage-femme permet un accompagnement adapté, ainsi qu'une projection dans la parentalité.

Conclusion : L'hypnose présente des bénéfices pour le couple tout au long de la démarche. Il pourrait alors être pertinent de poursuivre les études sur le sujet, et d'étendre la proposition du recours à l'hypnose dans la prise en charge globale liée à la procréation médicalement assistée.

<u>Title</u>: Hypnosis in overall couple care in context of medically assisted procreation.

<u>Keywords</u>: hypnosis – medically assisted procreation – assisted reproduction – infertility – overall care – personalized support – couples experience

<u>Abstract</u>:

Introduction: The repercussions of medically assisted procreation in the couple's life are multiple; taking care of these patients is essential and implies a personalized support. We then wondered about what hypnosis can bring to this whole of this path, especially practiced by the midwife.

Methodology: We conducted a qualitative study, consisting of twelve semi-structured interviews with patients who had tried hypnosis as part of assisted reproduction.

Results: Hypnosis, well accepted by couples in this particular context, improves their comfort, especially in terms of pain and stress management. It's likely to play a positive role in the harmony of the couple, to make them feel active, and to engage their emotions during the child conception. Some medical procedures are worthwhile to be accompanied by hypnosis, with the aim of at analgesia and / or relaxation. In the event of pregnancy, hypnosis by the midwife allows suitable support, as well as a projection into parenthood.

Conclusion: Hypnosis seems beneficial for the couple throughout the process. It might then be appropriate to continue studies, and to extend the proposal for the use of hypnosis in the overall care linked to assisted reproduction.

<u>Auteur</u> : Léa CUSUMANO Diplôme d'État de sage-femme – Promotion 2020