



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021 - 2022

**L'EMPLOI DE L'AUTOHYPNOSE LORS D'UN TRAVAIL NORMAL
FAVORISE-T-IL UN VECU POSITIF DE L'ACCOUCHEMENT ?**

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR

MARGOT FRANTZ

Née le 25 mai 1997 à Sarrebourg

Président du jury : Mme Anita Basso

Directeur de mémoire : Mme Geneviève Creutzmeyer

Codirecteur du mémoire : Mme Catherine Burgy



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021 - 2022

**L'EMPLOI DE L'AUTOHYPNOSE LORS D'UN TRAVAIL NORMAL
FAVORISE-T-IL UN VECU POSITIF DE L'ACCOUCHEMENT ?**

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR
MARGOT FRANTZ

Née le 25 mai 1997 à Sarrebourg

Président du jury : Mme Anita Basso

Directeur de mémoire : Mme Geneviève Creutzmeyer

Codirecteur du mémoire : Mme Catherine Burgy

REMERCIEMENTS

Je remercie tout particulièrement ma directrice de mémoire, Mme Geneviève CREUTZMEYER, pour sa disponibilité sans faille, son soutien, son implication et ses conseils toujours transmis avec bienveillance.

Je remercie également Mme Catherine BURGY pour ses conseils, son soutien et ses corrections.

Je remercie aussi Mme Anita BASSO pour l'aide et le soutien qu'elle m'a apporté au tout début de ce travail.

Je remercie aussi Mesdames Fabienne LEHNING et Hélène STEGNER, sages-femmes hypnothérapeutes, pour le partage d'expérience et le temps qu'elles m'ont accordé.

Je remercie également mes parents pour leur soutien indéfectible et pour m'avoir permis de réaliser mon rêve d'enfant de devenir sage-femme.

Je remercie mes amies de promotion, Laure, Marie, Emma, Florence, Camille et Anne pour m'avoir immédiatement intégrée après mon changement d'école mais aussi mes fidèles amies de la promotion de Metz, Camille et Caroline, pour m'avoir épaulée tout au long de ces années d'études.

Je tiens enfin à remercier Anthony pour sa patience exemplaire et son soutien intarissable.

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION.....	5
1. L'HYPNOSE.....	6
1.1. Bref historique de la pratique.....	6
1.2. Les différents types d'hypnose.....	7
1.2.1. L'hypnose Classique ou Traditionnelle.....	7
1.2.2. L'hypnose Ericksonienne.....	7
1.2.3. La Nouvelle hypnose ou hypnose Moderne.....	7
1.2.4. L'hypnose Humaniste.....	8
1.2.5. L'autohypnose	8
1.3. L'hypnose médicale.....	8
1.3.1. Médecine complémentaire recommandée par l'OMS.....	8
1.3.2. Champs d'application.....	9
1.3.3. Différents enseignements.....	9
1.4. L'hypnose en obstétrique.....	9
1.4.1. L'hypnose au cours de la grossesse.....	9
1.4.2. L'hypnose lors de l'accouchement.....	10
1.4.3. La préparation à la naissance et à la parentalité en hypnose	11
2. LE TRAVAIL NORMAL.....	12
3. PROBLÉMATIQUE.....	14
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	16
1. TYPE D'ÉTUDE.....	17
2. RECHERCHE.....	17
3. SÉLECTION.....	17
3.1. Critères d'inclusion.....	17
3.2. Critères d'exclusion.....	18
3.3. Diagramme de flux.....	18
III. RÉSULTATS.....	19
1. VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT	24
1.1. Impact sur la peur et l'anxiété.....	24
1.2. Impact sur la douleur ressentie.....	27
1.3. Satisfaction de l'expérience de l'accouchement.....	29

4.3. Pour ma pratique de future sage-femme.....	56
V. CONCLUSION.....	57
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	59
VII. ANNEXES.....	66
Annexe I : Résultats psychologiques du vécu de l'accouchement six semaines après la naissance selon les groupes	
Annexe II : Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique selon la HAS	

LEXIQUE DES ACRONYMES

- APD : Anesthésie Péridurale
- ECR : Essai Contrôlé Randomisé
- HAS : Haute Autorité de Santé
- MAC : Médecines Alternatives et Complémentaires
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- W-DEQ : Wijmas Delivery Expectancy/Experience Questionnaire

I. INTRODUCTION

1. L'HYPNOSE

1.1. Bref historique de la pratique

L'ambivalence : tel est le terme qui caractérise l'hypnose depuis ses prémices. En effet, entre rêve, mystère, magie et charlatanisme, l'hypnose intrigue autant qu'elle fascine.

Nous pouvons certainement affirmer que l'hypnose est aussi ancienne que l'humanité : des Sumériens il y a plus de 6 000 ans aux Grecs en passant par les Égyptiens, tous pratiquaient des coutumes de soins et des rituels qui faisaient largement appel à des procédés extrêmement proches de ceux que nous référons aujourd'hui sous le terme d'hypnose. Ces techniques de guérison, autrefois assimilées à de la magie, étaient alors pratiquées par des chamans, des prêtres ou des sorciers (1,2).

Si l'utilisation des états modifiés de conscience est très ancienne, c'est seulement depuis le XVIIIe siècle que l'on expérimente le potentiel thérapeutique de l'hypnose. Elle aurait été « redécouverte » à cette époque par le médecin autrichien Franz Anton Mesmer qui développe la théorie du « *Magnétisme Animal* ». Nous reconnaissons néanmoins à un autre médecin, le Britannique James Braid, d'en avoir établi un usage médical fiable un siècle plus tard en démontrant que la suggestion est au centre du phénomène hypnotique. Milton H. Erickson (1901-1980) révolutionnera à son tour la technique hypnotique, en délaissant les suggestions directes « dormez, je le veux » au profit des suggestions indirectes et des métaphores. Aujourd'hui la grande majorité des praticiens en hypnose utilisent sous une forme ou une autre l'approche Ericksonienne (2-5).

Ce sont les neurosciences qui ont permis de valider scientifiquement l'existence de l'état hypnotique, démystifiant ainsi sa pratique. L'électroencéphalogramme a effectivement pu objectiver, dès 1949, que l'état hypnotique est différent du sommeil et de l'état de veille (6). Ainsi, l'hypnose se définit aujourd'hui selon le dictionnaire Larousse comme un « *état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion* » (7). Milton H. Erickson décrit quant à lui l'état d'hypnose en 1980 comme étant « *un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient* » et « *un état de*

conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages » (4).

1.2. Les différents types d'hypnose

1.2.1. L'hypnose Classique ou Traditionnelle

C'est la forme d'hypnose la plus ancienne mais aussi la plus connue, caractérisée par son célèbre « dormez, je le veux ». La pratique se veut spectaculaire, autoritaire et emploie des injonctions et des suggestions directes pour obtenir un résultat prédéfini sur le patient. Le thérapeute occupe une « position haute » pouvant induire des résistances chez certains patients qui ne sont donc pas réceptifs aux suggestions proposées. Aujourd'hui, elle est surtout employée lors des spectacles de music-hall (1).

1.2.2. L'hypnose Ericksonienne

Développée au milieu du XXème siècle par le psychiatre et psychologue américain Milton Erickson, cette technique permissive et plus respectueuse du patient est davantage pratiquée par les professionnels de santé. En effet, le praticien se situe ici en « position basse » par rapport au patient puisque c'est bien à lui de trouver les solutions qui lui conviennent le mieux, le praticien se situant dans une simple démarche d'accompagnement. Pour le guider, le thérapeute s'appuie plutôt sur des métaphores et des suggestions indirectes lorsqu'il s'adresse au patient. Ce dernier ne se voit donc pas imposé de vérités mais il recherche lui-même, dans son réservoir de ressources inconscientes, des solutions à son conflit (1,2).

1.2.3. La Nouvelle hypnose ou hypnose Moderne

Créée en 1979 par le sexologue Américain Daniel Azaoz, elle est considérée comme une amélioration de l'hypnose Ericksonienne puisqu'elle conserve ses principaux outils tout en leur retirant leur aspect semi-directifs et se veut donc plus participative, laissant encore davantage de liberté au patient. Elle s'associe notamment à la PNL (Programmation Neuro-Linguistique) et s'inscrit dans un esprit de développement personnel, très en vogue à notre époque (2).

1.2.4. L'hypnose Humaniste

Il s'agit d'un courant datant des années 2000 et se différenciant totalement des précédents puisque le patient n'est pas amené dans un état de conscience modifié, mais plutôt dans un état de conscience augmentée afin de l'éveiller davantage. Cette technique est directe et non camouflée, ce qui signifie qu'il n'y a aucune suggestion à l'inconscient ni aucune manipulation subliminale de la part du thérapeute (1).

1.2.5. L'autohypnose

L'autohypnose se définit comme une pratique solitaire de l'hypnose où le patient est à la fois l'hypnotiseur et l'hypnotisé. Son apprentissage se fait généralement dans le cadre de séances réalisées au préalable avec un hypnothérapeute. Elle suppose une forte capacité de concentration et de détente pour entrer, par ses propres moyens, en état amplifié de conscience. Elle a l'avantage de pouvoir être pratiquée à tout moment, en tout lieu et permet au sujet de mieux gérer ses douleurs, ses émotions ou encore ses désagréments du quotidien (2,8).

1.3. L'hypnose médicale

1.3.1. Médecine complémentaire recommandée par l'OMS

A la médecine dite conventionnelle, scientifiquement vérifiable, nous opposons généralement les médecines parallèles que nous appelons aussi médecines douces, médecines traditionnelles, médecines non conventionnelles dans l'Union européenne ou encore médecines alternatives et complémentaires chez les Anglo-saxons. Parmi ces dernières, nous pouvons notamment énumérer l'acupuncture, l'homéopathie, la sophrologie ou encore l'hypnose pour ne citer que les plus pratiquées. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a d'ailleurs publié en 2002 un plan stratégique sur les médecines traditionnelles ou parallèles visant à apporter un cadre réglementaire quant à l'offre, l'accessibilité et l'utilisation de ces Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) (9). Ce plan a par la suite été actualisé en 2014 par une nouvelle stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle dont le troisième objectif stratégique est de « *Promouvoir la couverture sanitaire universelle en intégrant de façon adéquate les services de la médecine traditionnelle et complémentaire dans la prestation des services de santé et l'auto-prise en charge sanitaire* ». Ce plan insiste donc sur l'importance de développer davantage la médecine traditionnelle et

complémentaire, tant pour l'intérêt personnel de ses utilisateurs que pour le bénéfice économique qu'elle peut apporter (10).

1.3.2. Champs d'application

Depuis plusieurs années maintenant, l'hypnose médicale connaît un regain d'intérêt que ce soit de la part des praticiens ou des patients, tous désireux de trouver des méthodes alternatives et/ou complémentaires aux médicaments. Ses champs d'application sont très larges : en cabinet ou à l'hôpital, elle a trouvé une place de choix dans la psychologie et la psychiatrie, la dermatologie, la gastro entérologie, le traitement de la douleur (aiguë ou chronique), l'anesthésie, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie, et plus récemment la gériatrie et les soins palliatifs (4,11).

1.3.3. Différents enseignements

Aujourd'hui, l'enseignement de l'hypnose est devenu universitaire depuis la création en 2001 du premier DU d'hypnose médicale à la faculté de Paris VI par le docteur Jean-Marc Benhaïem. Il existe actuellement en France un diplôme d'études supérieures universitaires (DESU), un diplôme interuniversitaire (DIU) et 11 diplômes universitaires (DU). Des formations sont également proposées par des organismes associatifs ou privés, destinées aux professionnels de santé mais aussi, pour certaines d'entre elles, à un public plus large (12).

1.4. L'hypnose en obstétrique

1.4.1. L'hypnose au cours de la grossesse

Ces formations d'hypnose, ouvertes aux sages-femmes, peuvent améliorer la prise en charge des femmes et notamment leur vécu de la grossesse et de l'accouchement. L'hypnose peut en effet être utilisée tout au long de la grossesse (interruption volontaire ou médicale de grossesse, vomissements gravidiques, phobie des aiguilles, blocages associés à des antécédents obstétricaux compliqués, stress de l'accouchement, etc.) mais aussi dans la période du postpartum (traumatisme psychique, dépression du postpartum, douleur périnéale, etc) (8,13,14).

L'hypnotisabilité est d'ailleurs accentuée chez la femme enceinte, particulièrement lors du dernier trimestre de grossesse comme l'ont démontré Alexander, Turnbull et Cyna dans une étude publiée en 2009. Ils ont utilisé une échelle, la *Creative Imaginaton Scale*, pour comparer la capacité des femmes à répondre à

une suggestion hypnotique au cours de la grossesse et 14 à 28 mois après leur accouchement et le score était significativement plus élevé chez ces femmes au cours de leur 3^{ème} trimestre de grossesse (15).

1.4.2. L'hypnose lors de l'accouchement

Alors que les années 1950 voient apparaître la méthode psychoprophylactique de l'accouchement sans douleur développée en Union Soviétique (16), Davidson a été le premier à étudier l'intérêt de l'hypnose lors de l'accouchement. Dans son étude publiée en 1962 (17), il évalue l'impact d'une préparation à la naissance en hypnose sur le travail de 70 parturientes en les comparant à 70 femmes ayant suivi une préparation à la naissance basée sur la relaxation et encore à 70 autres femmes n'ayant suivi aucune préparation particulière. Il observe ainsi que le premier stade du travail est diminué de moitié pour les nullipares et d'un tiers pour les multipares du groupe hypnose par rapport aux autres groupes. Il met également en évidence une forte diminution du recours à une analgésie chimique pendant tout le travail dans le groupe hypnose et souligne aussi un meilleur vécu de l'accouchement dans ce même groupe. Bien que très encourageante, cette première étude sur le sujet comporte toutefois plusieurs biais comme le faible effectif des groupes, leur non randomisation et leur forte hétérogénéité mais elle ouvre toutefois la voie à d'autres études par la suite.

L'accouchement est un événement physique, émotionnel et social majeur dans la vie d'une femme. L'expérience de la naissance est influencée par divers facteurs, et notamment la durée du travail, la douleur ressentie, les éventuelles interventions médicales, l'anxiété, la perte de contrôle, le soutien du partenaire et des soignants et les propres attentes de la femme concernant l'accouchement à venir. Or, un vécu négatif de la naissance peut augmenter le risque de développer une dépression du post-partum, entraîner une difficulté d'attachement entre la mère et son enfant et peut également agir sur le désir futur d'avoir recours à une césarienne de convenance voire même de renoncer au souhait d'un autre enfant (18–20). L'hypnose s'impose alors comme une médecine complémentaire de choix pour soutenir la femme dans le processus de l'accouchement en influençant sur plusieurs des facteurs déterminants décrits ci-dessus : elle accompagne les gestes médicaux vécus comme douloureux, elle peut aider à dépasser ses peurs, son anxiété et elle est préconisée pour se

préparer à la naissance sans analgésie (21). La Haute Autorité de Santé (HAS) cite l'hypnose comme un moyen non médicamenteux de prendre en charge la douleur dans les recommandations sur l'accouchement normal parues en décembre 2017 (22).

L'utilisation de l'hypnose en salle de naissance permet à la patiente de s'installer dans son lieu ressource, propice au repos et à la sérénité, qu'elle aura elle-même imaginé. Elle est alors à même de se relaxer, de mobiliser ses ressources internes mais aussi de récupérer énergie et dynamisme entre chaque contraction utérine. L'hypnose peut également aider la parturiente à modifier ses sensations corporelles et à élever son seuil de tolérance quant aux informations nociceptives (23).

Au moment de l'accouchement, l'hypnose peut être appliquée soit par un praticien formé et ce, même si la patiente n'a jamais suivi de séance d'hypnose : on parle d'hypnose extemporanée ; soit par la patiente elle-même si elle a bénéficié pendant sa grossesse de cours de préparation à l'accouchement par l'hypnose et on qualifie alors cette pratique d'autohypnose (21).

1.4.3. La préparation à la naissance et à la parentalité en hypnose

D'après les recommandations de la HAS parues en 2005, « *la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) s'oriente vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance* » (24). Dans les années 1970, les sages-femmes ont fait évoluer la pratique de la PNP en étoffant la préparation classique pour y ajouter notamment des séances de yoga, de chant prénatal, de sophrologie, d'haptonomie, de piscine ou encore d'hypnose (14).

A travers cette initiation à l'hypnose, la patiente est amenée à se préparer à l'expérience intense de l'accouchement grâce à l'élaboration de ressources qu'elle pourra et saura mobiliser seule au moment venu en pratiquant l'autohypnose. En effet, l'objectif de ces séances est de rendre les patientes autonomes lors du travail car actuellement, rares sont les maternités bénéficiant de professionnels formés en hypnose et par ailleurs, ces derniers ne peuvent se rendre disponibles tout au long du travail pour entretenir la transe hypnotique de leur parturiente. Au fur et à mesure des séances, les patientes apprennent donc à plonger dans le processus hypnotique à l'aide des suggestions élaborées par le praticien. Les techniques qui permettent d'atteindre cet état modifié de conscience sont variées : imagination d'un lieu ou d'une

image sécurisante, focalisation d'un objet de l'environnement, concentration sur une partie du corps. Une fois cet état atteint, les femmes peuvent travailler inconsciemment sur plusieurs notions telles que l'hypno-analgésie, la gestion du stress, la modification des sensations corporelles, etc. Elles apprennent aussi à appréhender leur accouchement comme un moment plaisant qui leur permet de rencontrer leur bébé plutôt que comme un supplice inéluctable comme la plupart se l'imaginent (14).

Une sage-femme formée est à même de dispenser des séances de PNP en hypnose aux femmes enceintes. Les séances peuvent être individuelles ou collectives et recherchent préférentiellement la participation du futur père. En effet, la pratique de l'autohypnose est facilitée si le compagnon a eu la possibilité d'assister aux cours puisqu'il peut ainsi aider sa femme à se plonger dans le processus hypnotique mais il peut aussi lui permettre d'entretenir cet état au cours du travail. Il importe d'encourager la femme enceinte à une pratique quotidienne de l'autohypnose pour qu'elle acquière confiance en ses propres capacités et ressources mais également afin qu'elle induise plus facilement un état hypnotique (14,25).

2. LE TRAVAIL NORMAL

En 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une recommandation de bonne pratique concernant la prise en charge de l'accouchement normal qui s'applique aux femmes enceintes en bonne santé et présentant un risque obstétrical bas durant la grossesse, le travail et l'accouchement. Dans sa définition, la HAS précise alors :

« Un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail. Cette situation (quant aux risques évalués en continu) perdure tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère. Il permet la mise en place dans un climat serein d'un certain nombre d'attentions favorisant le bien-être maternel et familial et l'attachement parents/enfant » (22).

De cette définition sont donc exclues les femmes présentant un utérus cicatriciel, les grossesses gémellaires, les suspicions de retards de croissance ou petits poids pour

l'âge gestationnel, les présentations céphaliques défléchies et par le siège ainsi que les accouchements prématurés.

La HAS stipule par ailleurs que la prise en charge de l'accouchement normal se doit de respecter le rythme et la physiologie tant du travail que de l'accouchement. Elle envisage alors deux modalités d'accompagnement de l'accouchement à bas risque en fonction des préférences des parturientes mais aussi selon l'évolution de la situation clinique de la dyade mère-enfant :

- Un accompagnement de la physiologie de l'accouchement, qui peut toutefois inclure certaines interventions telles que l'amniotomie, l'antibioprophylaxie, l'administration prophylactique d'oxytocine au troisième stade du travail ou encore la pose d'une voie veineuse ;
- Et / ou un accompagnement de l'accouchement qui comprend également des interventions techniques et médicamenteuses minimales telles que l'analgésie locorégionale ou encore l'administration d'oxytocine afin d'accélérer le travail.

C'est donc l'absence d'analgésie locorégionale et d'oxytocine à visée directive qui caractérise l'accouchement physiologique, qui est finalement une sous-catégorie de l'accouchement normal. Il est néanmoins important de préciser que la femme est libre de passer d'un simple accompagnement de la physiologie de l'accouchement à un accompagnement comprenant des interventions médicales, soit par choix personnel soit par nécessité médicale.

Nous avons finalement fait le choix de porter notre étude sur le travail normal plutôt que physiologique puisqu'au cours de notre celle-ci, nous nous interrogerons notamment quant au recours à la péridurale chez les parturientes ayant choisi d'employer l'autohypnose lors de leur accouchement.

Le travail d'accouchement se définit comme un ensemble de phénomènes, à la fois dynamiques et mécaniques, qui aboutissent à l'expulsion du fœtus et des annexes. Il se divise en trois stades (22) :

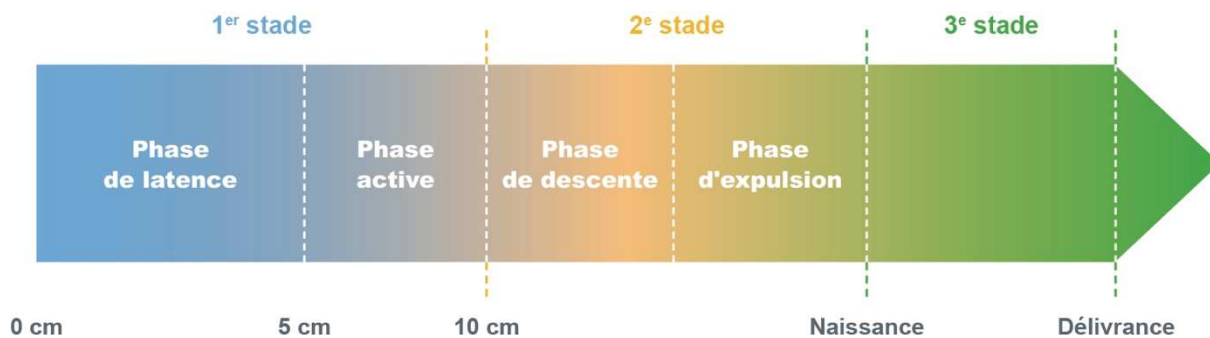


Figure 1 : Les différents stades du travail. D'après la HAS, recommandations sur l'accouchement normal, 2017.

3. PROBLÉMATIQUE

Depuis des siècles, les sages-femmes accompagnent les parturientes dans l'expérience de la naissance et elles occupent un poste clé dans la satisfaction des femmes au sujet de leur accouchement. Le vécu de ce dernier est évidemment propre à chacune mais on sait maintenant que plusieurs facteurs peuvent agir dessus et notamment les attentes, l'issue obstétricale, les éventuelles complications, le soutien apporté, l'anxiété face à la douleur, la peur de l'accouchement ou encore la douleur ressentie. Pour atténuer au mieux cette douleur, une grande majorité de parturientes a recours à l'anesthésie péridurale : en France, ce taux s'élève à 82% d'après la dernière enquête périnatale de 2016 (26). Néanmoins, même si les femmes souhaitent l'utiliser, la plupart feront tout de même l'expérience de la douleur à travers les contractions de pré travail ou de début de travail et doivent donc apprendre à la gérer. Par ailleurs, une diminution de la douleur ressentie n'induit pas automatiquement une satisfaction quant au vécu de l'accouchement puisque certaines femmes décrivent une réelle frustration causée par la perte de toute sensation lorsque la péridurale est trop fortement dosée. A contrario, la satisfaction d'un accouchement pour certaines passe par un travail naturel sans recours à la péridurale.

C'est donc face à ce constat que nous est venue l'envie de proposer une alternative aux patientes que nous accompagnons, elles qui sont d'ailleurs en quête d'un accouchement moins médicalisé et plus respectueux de la physiologie de la naissance. Parmi les différentes médecines complémentaires dont nous disposons, nous avons décidé d'arrêter notre choix sur l'hypnose médicale qui s'est imposée à nous au début de notre formation. En effet, alors que nous étions de garde avec une sage-femme formée en la matière, elle a su canaliser une primipare affolée présentant

un travail avancé et rapide et pour laquelle une anesthésie péridurale n'était plus envisageable. Cette dernière, qui a accouché naturellement alors que cela lui paraissait avant inconcevable, s'est dit ravie de son accouchement qui s'est finalement déroulé dans la sérénité et pour lequel elle garde un sentiment de pleine maîtrise de son corps et de son esprit. Nous avons donc naturellement choisi de nous intéresser à la pratique de l'hypnose lors d'un travail normal puisqu'elle nous semble appropriée tant pour aider une parturiente à gérer sa douleur que pour lui permettre de se réapproprier son accouchement en lui (re)donnant foi en ses capacités. Dans le contexte actuel français où une sage-femme s'occupe parfois de trois ou quatre patientes en même temps et n'est donc pas pleinement dédiée à une seule parturiente, nous avons préféré axer notre étude sur l'autohypnose que la femme pratique elle-même au moment de son travail après y avoir été formée lors de sa grossesse.

A travers ce travail de recherche, nous nous demandons donc si **l'emploi de l'autohypnose lors du travail normal favorise un vécu positif de l'accouchement ?**

L'objectif principal consiste à évaluer le vécu de l'accouchement chez les femmes employant l'autohypnose durant leur travail.

L'objectif secondaire est de déterminer si les femmes utilisant l'autohypnose au cours de leur travail ont moins recours à l'analgésie péridurale.

Nous avons émis trois hypothèses pour répondre à notre question de recherche :

- L'emploi de l'autohypnose apporte une expérience positive de l'accouchement
- La préparation à la naissance en hypnose réduit l'anxiété pendant le travail
- L'autohypnose diminue le recours à l'analgésie péridurale en cours de travail

Dans un premier temps, nous commencerons par décrire la méthodologie que nous avons employée pour rédiger ce mémoire. Nous exposerons ensuite les résultats des différents articles que nous avons sélectionnés. Enfin, nous analyserons et discuterons de ces résultats avant de conclure ce travail.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. TYPE D'ÉTUDE

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons décidé de réaliser une revue systématique de la littérature internationale.

2. RECHERCHE

La recherche d'articles s'est faite à partir des bases de données Medline via PubMed ainsi que sur ScienceDirect après identification au préalable sur le portail de l'Université de Strasbourg. Le registre des essais cliniques de la bibliothèque Cochrane a également été consulté. La recherche d'articles s'est faite à partir de mots clés conformes au thésaurus du Mesh (Medical Subject Headings), en sélectionnant la catégorie « Mesh terms » ou alors, quand cette dernière n'existait pas pour le mot clé recherché, en sélectionnant la catégorie « Title / Abstract ». Nous avons utilisé les mots clés « *labor* » ou « *childbirth* » ou « *delivery* » que nous avons associés avec l'opérateur booléen « AND » aux mot clés « *hypnosis* » ou « *self-hypnosis* ». Nous avons ensuite complété notre liste d'articles par une recherche manuelle à partir des références bibliographiques des articles sélectionnés. Nous avons aussi mis en place une veille documentaire.

Nous avons utilisé le logiciel Zotero afin d'inclure nos articles dans la bibliographie aux normes Vancouver.

3. SÉLECTION

3.1. Critères d'inclusion

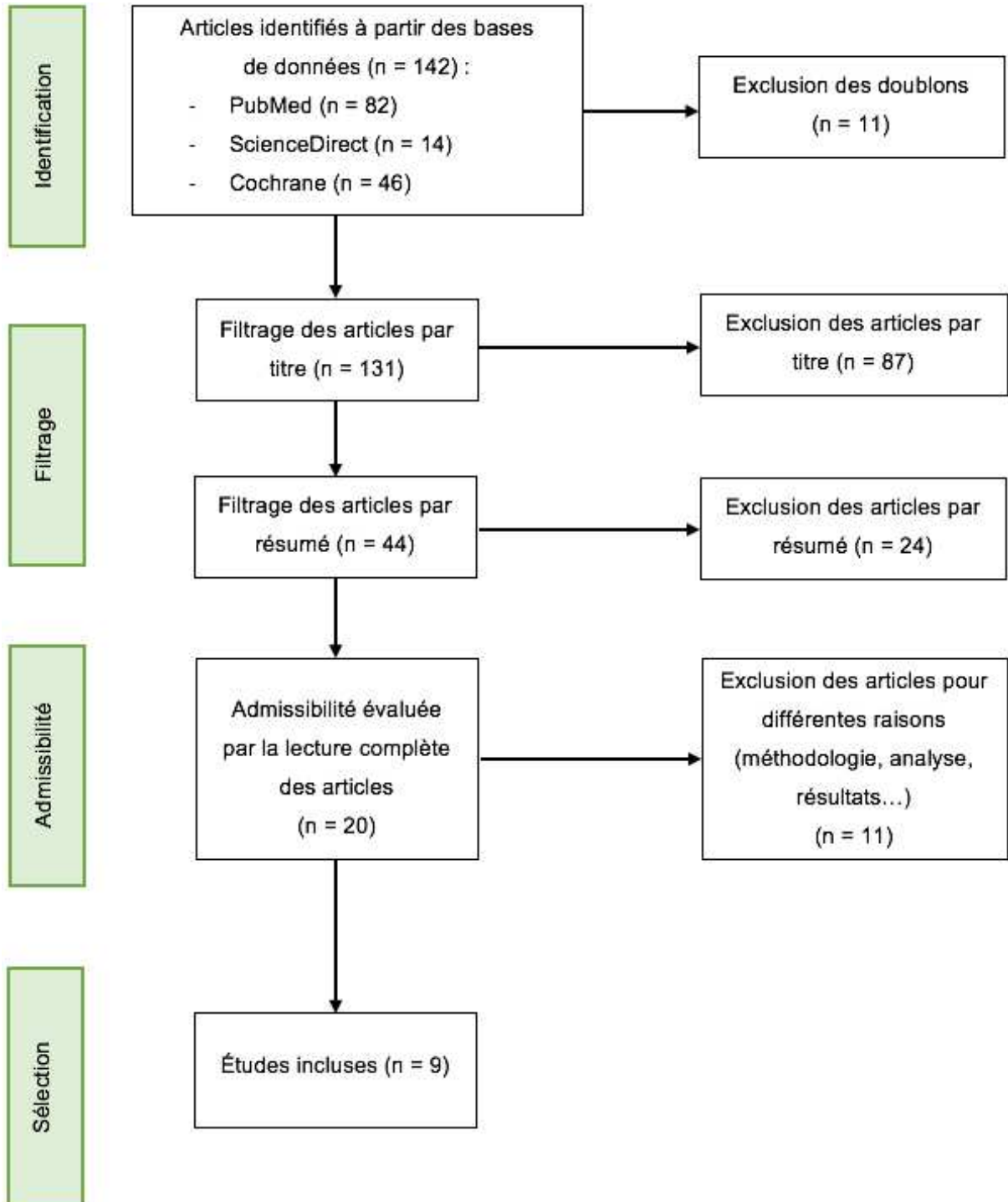
La sélection de nos articles s'est basée sur plusieurs critères d'inclusion, dans l'ordre:

- 1- Articles rédigés en français ou en anglais, pour des raisons pratiques d'exploitation ;
- 2- Études publiées à partir de l'an 2000 ;
- 3- Études respectant la structure IMRAD : Introduction, Matériel et Méthodes, Résultats, Analyse et Discussion ;
- 4- Articles quantitatifs où l'usage de l'autohypnose lors d'un travail normal est comparé à un groupe témoin et/ou à une autre méthode de relaxation,
- 5- Études qualitatives ou quantitatives dans lesquelles au moins l'un critère de jugement est l'évaluation du vécu de l'accouchement ou le recours à une analgésie péridurale lors du travail.

3.2. Critères d'exclusion

Concernant les critères d'exclusion, nous avons fait le choix de ne sélectionner que les articles les plus pertinents pour notre question de recherche c'est pourquoi nous avons exclu ceux de niveau de preuve insuffisant. Les articles dont nous ne disposons pas de l'accès intégral ont également été exclus.

3.3. Digramme de flux



III. RÉSULTATS

Tableau I - Études sélectionnées pour la revue de la littérature

Nom de l'étude,	Auteur, Année, Pays, Type d'étude	Population cible	Période d'intervention Type d'intervention	Outils d'évaluation	Principaux résultats
Antenatal Hypnosis Training and Childbirth Experience : A Randomized Controlled Trial (27)	Werner et al, 2013 Danemark Essai contrôlé randomisé en simple aveugle	n = 1222 nullipares - Groupe hypnose n = 497 - Groupe relaxation n = 495 - Groupe témoin n = 230	Après 27 semaines de grossesse - Groupe hypnose : 3 séances en groupe d'1h d'initiation à l'autohypnose + 3 CD - Groupe relaxation : 3 séances en groupe de relaxation + 3 CD	Au recrutement : - W-DEQ A - Échelle de stress perçu (10 items) - WHO-5 Well-being questionnaire 6 semaines après l'accouchement : W-DEQ B	Dans le groupe hypnose : - Changements positifs concernant les attentes de la naissance à venir - Meilleure expérience de l'accouchement - Diminution du sentiment de peur
Hypnosis Antenatal Training for Childbirth: a randomized controlled trial (28)	Cyna et al, 2013 Australie Essai contrôlé randomisé en double aveugle	n = 448 - Groupe hypnose + CD n = 154 - Groupe CD seul n = 143 - Groupe témoin n = 151	Idéalement vers 37 semaines de grossesse - Groupe hypnose : 3 séances de groupe + 1 CD par séance - Groupe CD : 3 CD + 1 CD travail / groupe	Questionnaire postnatal à la naissance et 6 semaines après l'accouchement Mesure du taux de recours à l'APD	Aucune différence pour : - L'utilisation d'analgésiques, - Le mode d'accouchement, - La durée du travail, - L'intensité de la douleur, - Le taux d'allaitement, - Le vécu de l'accouchement,

The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear (29)	Atis et al, 2018 Turquie Essai contrôlé randomisé	n = 60 nullipares - Groupe hypnose n = 30 - Groupe témoin n = 30	De 20 à 36 semaines de grossesse Séances hebdomadaires de 3h pendant 4 semaines + hypnothérapeute présent lors du travail	Pendant la grossesse : - W-DEQ A, - Formulaire d'information de la période prénatale Pendant le travail : Échelle Visuelle Analogique (EVA) Après l'accouchement : - W-DEQ B, - Formulaire d'évaluation de la période postnatale	Dans le groupe hypnose : - Moins de douleur pendant le travail - Scores inférieurs au W-DEQ-B = réduction de la peur de la naissance - Davantage de détente et de confiance lors du travail - Durée plus courte pour le 2 ^{ème} et 3 ^{ème} phase du travail
Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women (SHIP) : a randomised controlled trial of clinical effectiveness (30)	Downe et al, 2015 Royaume-Unis Essai contrôlé randomisé multicentrique	n = 672 nullipares - Groupe hypnose n = 337 - Groupe témoin n = 335 Pères inclus	Après 32 semaines de grossesse 2 sessions de 90 min d'initiation en groupe à l'autohypnose prénatale + 1 CD de 26 min à écouter quotidiennement	3 questionnaires : - à 36 semaines de grossesse, - à 2 semaines après l'accouchement, - à 6 semaines après l'accouchement Mesure du taux de recours à l'APD	Dans le groupe hypnose : - Diminution du niveau d'anxiété et de peur réellement perçus lors de l'accouchement par rapport à ce qu'elles s'étaient imaginé - Pas de différence sur le recours à l'APD

Unexpected consequences : women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour (31)	Finlayson et al, 2015 Royaume-Unis Étude qualitative	n = 16 nullipares Femmes recrutées au hasard dans le bras expérimental de l'essai SHIP (Downe et al., 2015) Pères inclus	Après 32 semaines de grossesse 2 sessions de 90 min d'initiation en groupe à l'autohypnose prénatale + 1 CD d'accompagnement de 26 min à écouter quotidiennement	Entretiens qualitatifs semi-structurés réalisés au domicile des patientes 8 à 14 semaines après leur accouchement	- Scepticisme initial remplacé par la croyance et la confiance en la pratique - Diminution de la peur et de l'anxiété face à l'accouchement - « Lieu ressource » où se réfugier lors des contractions douloureuses - Retard et déception dans leur prise en charge car jugées « trop détendues » par les sages-femmes
The effect of hypnosis on pain relief during labor and childbirth in Iranian pregnant women (32)	Abbasi et al, 2009 Iran Étude qualitative	n = 6 multipares Femmes ayant eu au moins un accouchement physiologique lors des 4 dernières années	De 38 à 42 semaines d'aménorrhée 1 cours individuel d'autohypnose de 75 min + hypnothérapeute présent lors du travail	1 entretien individuel enregistré de 45 min dans les 24h après l'accouchement Données analysées par la méthode de Colaizzi	- Satisfaction accrue de l'accouchement - Sentiment de contrôle, de conscience et de confiance tout le long du travail - Diminution de la peur, de l'anxiété, de la durée et de la douleur du travail
Self-hypnosis for coping with labour	Werner et al, 2012	n = 1217 nullipares - Groupe hypnose n = 493	Après 27 semaines de grossesse	- 6 semaines après l'accouchement,	Dans le groupe hypnose, pas de différence pour : - Le recours à l'APD

<p>pain : a randomised controlled trial (33)</p>	<p>Danemark Essai contrôlé randomisé en simple aveugle</p>	<p>- Groupe relaxation n = 494 - Groupe témoin n = 230</p>	<p>- Groupe hypnose : 3 séances en groupe d'1h d'initiation à l'autohypnose + 3 CD - Groupe relaxation : 3 séances en groupe de relaxation + 3 CD</p>	<p>questionnaire sur la douleur auto déclarée - Mesure du taux de recours à l'APD</p>	<p>- La douleur auto déclarée - La durée du travail Mise en aveugle du personnel soignant partiellement efficace</p>
<p>Hypnosis for Childbirth: A Retrospective Comparative Analysis of Outcomes in One Obstetrician's Practice (34)</p>	<p>VandeVusse et al, 2007 États-Unis Étude comparative rétrospective</p>	<p>n = 101 - Groupe hypnose n = 50 - Groupe témoin n = 51</p>	<p>5 séances d'initiation prénatale à l'autohypnose, individuelles pour 30 femmes et collectives pour 20 femmes</p>	<p>Mesure du taux de recours à l'APD et autres issues obstétricales</p>	<p>Dans le groupe hypnose : - Diminution du recours aux analgésiques et à l'APD - Scores d'Apgar plus élevés - Pas de différence sur la durée du travail</p>
<p>Hypnosis for pain management during labour and childbirth (35)</p>	<p>Madden et al, 2016 Australie Revue systématique Cochrane</p>	<p>9 essais inclus n = 2954 Emploi de l'autohypnose versus groupe témoin +/- autres interventions</p>	<p>Variable selon les études</p>	<p>- Mesure du taux de recours à une analgésie et à l'APD - Évaluation de la satisfaction quant au soulagement de la douleur - Naissance par voie basse spontanée</p>	<p>Dans le groupe hypnose, diminution du taux de recours à une analgésie Pas de différence pour : - Le recours à l'APD - Le taux d'accouchement vaginal spontané - La satisfaction vis-à-vis du soulagement de la douleur</p>

1. VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT

1.1. Impact sur la peur et l'anxiété

L'une des premières études à s'intéresser à l'impact de l'hypnose sur le vécu psychologique d'un accouchement normal est celle d'Abbasi et al parue en 2009 (32). Il s'agit d'une étude qualitative, menée auprès de six multipares Iraniennes qui ont suivi un cours prénatal individuel d'autohypnose de 75 minutes et pour qui un hypnothérapeute était présent tout au long du travail afin de maintenir leur état hypnotique. Ces femmes, pour être incluses dans l'étude, ne devaient utiliser aucun médicament analgésique au cours du travail. Lors de l'entretien qui s'est déroulé dans les 24 heures qui ont suivi l'accouchement, les six femmes ont unanimement signalé une diminution de la peur de l'accouchement naturel, en particulier par rapport à leur accouchement précédent qui a eu lieu au cours des quatre dernières années. Elles ont également toutes déclaré que cette méthode leur a permis de prendre conscience de leur force et de leurs capacités, les dissuadant de choisir une césarienne de convenance par peur de l'accouchement lors de leur prochaine grossesse.

Une autre étude réalisée en 2013 par Werner et al au Danemark (27) s'est employée à apprécier l'effet de la pratique de l'autohypnose sur l'expérience de l'accouchement. L'évaluation est cette fois quantitative puisqu'il s'agit d'un essai contrôlé randomisé en simple aveugle où les 1 222 femmes ont été réparties en trois groupes : un groupe hypnose (n = 497), un groupe relaxation (n = 495) et un groupe témoin (n = 230). Chacun des trois groupes s'est vu octroyer trois questionnaires lors du recrutement. Parmi eux, le Wijmas Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, version A (W-DEQ A) et version B (W-DEQ B), a été utilisé pour évaluer la peur de l'accouchement. Le W-DEQ A mesure la peur, la confiance et les attentes concernant l'accouchement à venir tandis que le W-DEQ B évalue les mêmes aspects de l'expérience réelle de l'accouchement. Cet instrument est un outil fiable et bien validé, qui se décline en 33 items mesurés sur des échelles de Likert à 6 points allant de 0 à 5, 0 indiquant « pas du tout » tandis que 5 correspond à « extrêmement ». Les scores totaux vont de 0 à 165, un score plus élevé indiquant une expérience moins satisfaisante et plus traumatisante. Pour le W-DEQ A, un score total supérieur à 84 était considéré comme représentant une peur sévère de l'accouchement et un score supérieur à 99 une peur extrême de l'accouchement. Ce premier questionnaire a mis en avant le fait que les femmes des trois groupes avaient toutes les mêmes attentes

par rapport à l'accouchement à venir avec un score de 60,5 pour le groupe hypnose et de 61,9 pour les deux autres groupes ($p = 0,38$). Immédiatement après avoir terminé la préparation à la naissance, il a été demandé aux femmes si cette dernière avait changé leurs craintes concernant l'accouchement à venir. Cette perspective a été mesurée sur une échelle de Likert à 5 points, 1 et 2 indiquant un changement dans le sens positif, 3 aucun changement et 4 et 5 un changement dans le sens négatif. Étant donné qu'aucune femme n'a signalé de changement négatif, la variable a été dichotomisée en : « Changement dans une direction positive » ou « Aucun changement ». Au final, 86,9% des femmes du groupe hypnose ont déclaré que cette PNP spécifique avait changé leurs craintes concernant l'accouchement à venir dans une direction positive. Le taux était de 76,8 % dans le groupe de relaxation ($p < 0,01$). Le taux de réponse au questionnaire W-DEQ B six semaines après la naissance était élevé, 97,0 % dans le groupe témoin et 98,4 % dans les deux groupes d'intervention. L'analyse de ces questionnaires a mis en avant un accouchement plus apaisant pour les femmes du groupe hypnose par rapport aux deux autres groupes (score W-DEQ B moyen de 42,9 pour le groupe hypnose, 47,2 pour le groupe relaxation et 47,5 pour le groupe témoin ($p = 0,01$)). Néanmoins, les femmes souffrant de peur sévère ont rapporté les scores moyens les plus élevés, suggérant une expérience d'accouchement plus négative et ce peu importe le groupe d'affiliation ($p = 0,12$).

Atis et son équipe ont eux-aussi eu recours au questionnaire W-DEQ dans leur étude publiée en Turquie en 2018 (29). Cet essai contrôlé a randomisé 60 primipares volontaires en deux groupes, un premier de 30 femmes ayant reçu quatre séances de préparation à la naissance en hypnose de trois heures et un deuxième groupe témoin de 30 femmes. Les groupes étaient appariés sur quasiment toutes les caractéristiques démographiques, mis à part concernant le niveau d'étude (63,3 % des patientes du groupe hypnose avaient un diplôme universitaire contre 16,7 % dans le groupe témoin, ($p = 0,001$)) et le niveau socio-économique, où la proportion des patientes du groupe hypnose qui avaient un bon niveau socio-économique était plus élevée que celle du groupe témoin ($p = 0,004$). Un hypnothérapeute était présent tout au long du travail et les femmes ne devaient recevoir ni analgésique ni anesthésique pour être incluses dans l'étude. Toutes les patientes ont eu à remplir le questionnaire W-DEQ A lors de leur recrutement ainsi que le W-DEQ B le lendemain de leur accouchement. Une différence statistiquement significative a été trouvée parmi les deux groupes entre les

scores du W-DEQ B ($p < 0,05$) : les scores moyens des femmes du groupe hypnose ($16,47 \pm 7,21$) étaient significativement inférieurs aux scores moyens des femmes du groupe témoin ($95,47 \pm 22,64$) ce qui traduit une diminution de la peur et de l'anxiété liées à l'accouchement pour les femmes ayant employé l'hypnose durant leur travail.

Un essai contrôlé randomisé multicentrique entrepris au Royaume-Unis en 2015 par Downe et al avait comme objectif secondaire d'évaluer certains aspects psychologiques de l'accouchement (30). Ils ont inclus 672 nullipares dont 335 dans le groupe témoin et 337 dans le groupe d'intervention ayant reçu deux séances de préparation à la naissance en hypnose à 32 et 35 semaines de gestation. Leurs compagnons étaient aussi conviés à participer aux deux séances prénatales. Au total, 92 % d'entre elles ont assisté à la première séance, 85,4 % à la seconde et 84,5 % aux deux. Les patientes du groupe d'intervention ont également reçu un CD d'autohypnose d'une durée de 26 minutes qu'elles étaient invitées à écouter quotidiennement. Un questionnaire de suivi a été envoyé à toutes les patientes à 36 semaines de gestation, à deux semaines et à six semaines après la naissance avec un taux de réponse total respectif de 100% puis 67 % et enfin 58 % après six semaines. Parmi les patientes du groupe d'intervention ayant répondu dans la période postnatale, 72,6 % ($n = 171/234$) ont déclaré avoir utilisé l'autohypnose pendant le travail. Deux des 15 mesures psychologiques étudiées ont atteint une signification statistique. Les femmes du groupe d'intervention présentaient une plus grande réduction que celles du groupe témoin entre les niveaux d'anxiété et de peur qu'elles s'attendaient à ressentir pendant le travail et l'accouchement et les niveaux qu'elles ont effectivement déclaré ressentir pendant le travail (tableau II).

Tableau II – Résultat du changement de perception vis-à-vis de l'accouchement deux semaines après la naissance

	N	Hypnose		Témoin		p	Différence
	n	Moyenne (SD)		n	Moyenne (SD)		moyenne (EI)
Anxiété à propos du travail	425	225	-1.60 (2.33)	200	-0.88 (2.26)	0.001	-0.72 (-1.16, -0.28)
Peur de l'accouchement	425	225	-1.72 (2.40)	200	-1.10 (2.45)	0.009	-0.62 (-1.08, -0.16)

SD = écart-type ; EI = écart interquartile

L'étude qualitative de Finlayson et al, publiée en 2015 au Royaume-Unis, repose sur des entretiens semi-structurés auprès de 16 femmes recrutées au hasard parmi le bras expérimental de l'essai SHIP précédemment cité (31). Trois d'entre-elles (19%) ont eu recours à une analgésie péridurale au cours du travail. L'un des cinq thèmes ayant émergé de ces entretiens est la sensation de « calme dans un climat de peur ». Toutes les 16 femmes ont décrit se sentir anxieuses ou effrayées par le travail et l'accouchement avant de participer aux séances de PNP en hypnose. Ces sentiments étaient souvent aggravés par des histoires négatives sur l'accouchement relayées dans les émissions de docuréalité ainsi que par des amis et des membres de la famille. Cependant, après les séances d'autohypnose, toutes les femmes ont déclaré se sentir plus calmes et plus confiantes quant à leur prochaine naissance. La plupart d'entre-elles a reconnu qu'elles pourraient toujours être apeurées lorsqu'elles entreraient en travail, mais qu'elles auraient maintenant un outil à utiliser pour réduire et contrôler tout sentiment d'anxiété. Lors de l'entretien réalisé à leur domicile huit à 14 semaines après leur accouchement, 13 d'entre elles (81%) ont affirmé avoir eu recours à l'autohypnose au cours du travail et ces dernières ont toutes décrit un sentiment d'apaisement, de calme et de confiance lors de leur accouchement.

1.2. Impact sur la douleur ressentie

L'étude d'Abbasi et al est la seule des deux études qualitatives de cette revue à s'être intéressée à l'impact de l'autohypnose sur la douleur auto-déclarée du travail (32). Les auteurs ont noté une diminution générale de la douleur ressentie par les six parturientes, en précisant que quatre d'entre-elles (67 %) étaient capables de faire « disparaître la douleur en remplaçant le sentiment douloureux par une pression utérine contrôlable et ajustable ».

Les études quantitatives se sont quant-à-elles basées sur l'échelle visuelle analogique (EVA) pour évaluer l'intensité de la douleur maternelle. Atis et son équipe ont ainsi relevé une différence statistiquement significative entre les groupes hypnose et témoin sur la douleur ressentie lors du travail en fonction de leurs scores EVA ($p < 0,05$). Ces résultats suggèrent que les participants du groupe hypnose percevaient moins de douleur pendant le premier stade du travail par rapport aux participants du groupe témoin (tableau III) (29).

Tableau III – Score médian d'EVA au cours du premier stade du travail

	Groupe hypnose (n = 30)	Groupe témoin (n = 30)	p
Phase de latence	0	2	< 0,05
Phase active	2	7,5	< 0,05

Cyna et al ont réalisé en 2013 un essai contrôlé randomisé en double aveugle en Australie pour comparer l'efficacité de l'autohypnose pendant le travail normal. Ils ont ainsi randomisé 448 patientes en trois groupes : hypnose + CD - CD uniquement - témoin. Les trois séances d'autohypnose étaient administrées vers 37 semaines de grossesse mais seules 44 % des femmes affiliées à ce groupe ont assisté aux trois séances et 15% n'en ont suivi aucune. Parmi les 151 patientes du groupe témoin, huit d'entre elles ont déclaré avoir entrepris des séances de préparation à la naissance en hypnose dans le cadre privé.

Les auteurs ont eux aussi comparé le score d'EVA entre les trois groupes de leur essai mais ils n'ont pas trouvé de différence statistiquement significative ($p = 0,419$), chacun des trois groupes ayant un score médian de 8. Il n'ont cependant pas précisé si ce score englobe l'un ou l'autre ou les deux stades de l'accouchement (28).

L'ECR de Werner et al a tiré la même conclusion que celle de Cyna et al, à savoir qu'il n'y a pas de différence en terme de diminution de l'intensité de la douleur ressentie lors du travail en fonction des trois groupes, et ce malgré le recours à une analgésie péridurale (tableau IV) (33).

Tableau IV – Comparaison des scores médians d'EVA au cours du travail

	Groupe hypnose (n = 414)	Groupe témoin (n = 420)	Groupe relaxation (n = 196)	p
Femmes ne recevant pas d'APD	n = 306	n = 296	n = 138	
EVA à la fin du 1 ^{er} stade de travail, médiane (EI)	8 (2)	8 (2)	8 (2)	0,10
EVA durant le 2 ^{ème} stade de travail, médiane (EI)	8 (3)	8 (3)	8 (3)	0,07
Femmes recevant une APD	n = 108	n = 124	n = 58	
EVA à la fin du 1 ^{er} stade de travail, médiane (EI)	6 (6)	7 (5,5)	8 (6)	0,15
EVA durant le 2 ^{ème} stade de travail, médiane (EI)	7 (4)	8 (4,5)	7 (6)	0,55

EI = écart interquartile

1.3. Satisfaction de l'expérience de l'accouchement

La principale conclusion de l'étude d'Abbasi et al est la satisfaction générale des six patientes quant à leur accouchement. En effet, toutes les accouchées ont déclaré avoir perçue cette naissance comme plus satisfaisante par rapport à leurs expériences antérieures où elles n'avaient pas eu recours à l'autohypnose lors du travail. La plupart a signalé éprouver un sentiment de contrôle et de confiance tout au long du travail. Une femme a également évoqué le fait que son mari était lui aussi satisfait de cette prise en charge, et deux autres ont souligné la satisfaction du personnel soignant qui les prenait en charge. Les six accouchées étaient toutes à l'unisson sur le fait de recommander cette pratique aux femmes enceintes de leur encourage et se disaient pleinement favorables à une généralisation de la méthode dans le pays, d'autant plus qu'elle leur semblait dépourvue de tout risque ou effet secondaire (32).

Toutes les femmes ayant participé à l'étude d'Atis et al ont également déclaré qu'elles recommanderaient la PNP en hypnose à leur famille et à leurs amis. Elles ont souligné le fait qu'elles n'avaient pas de difficulté à mettre en pratique l'autohypnose au cours de leur travail et que cette pratique « aide à la relaxation », « donne la paix et la confiance », « réduit la sensation de douleur » et « aide à s'adapter à l'environnement » (29).

Le deuxième des cinq thèmes émergeant de l'étude qualitative de Finlayson et al se nomme « de sceptique à croyant » : en effet, la majorité des femmes interrogées se sentaient sceptiques voire même dédaigneuses pour certaines à propos de l'intervention mais ont tout de même accepté de participer à l'essai car la méthode leur paraissait sécuritaire. Cependant, après la première session, ces points de vue plutôt ambivalents ont souvent été remplacés par une vision beaucoup plus positive : « *J'y suis allée en pensant que ça allait être un tas de bêtises et je suis sortie de la première séance en pensant que ça pourrait vraiment marcher* ». Finalement, ces mêmes femmes sceptiques ont toutes revu leur point de vue après l'accouchement en indiquant que la pratique leur avait été d'une grande aide tant pour appréhender la douleur que pour vivre une expérience positive, calme et sereine. Certaines d'entre elles ont ensuite expliqué comment elles avaient pu réutiliser l'autohypnose dans d'autres contextes ou situations où elles se sentaient particulièrement anxieuses ou stressées, comme lors d'un allaitement difficile ou encore lorsqu'elles devaient aller

chez le dentiste. Elles se disaient donc ravies d'avoir participé à l'étude, tant pour le bénéfice que leur a procuré l'autohypnose au cours du travail et de l'accouchement que pour les aider au quotidien à appréhender des situations stressantes. (31)

Les patientes du groupe expérimental de l'étude de Cyna et al (28) étaient mitigées quant à l'intérêt de l'autohypnose au cours du travail pour favoriser une expérience positive de l'accouchement (annexe I). En effet, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les trois groupes d'essai (hypnose + CD - CD uniquement - témoin) concernant la satisfaction de l'expérience de l'accouchement ($p = 0,446$), la sensation de contrôle durant le travail ($p = 0,642$) ou encore le sentiment de faire face au travail ($p = 0,345$). L'utilité de l'autohypnose durant le travail était à la limite de la significativité ($p = 0,050$). Néanmoins, les femmes du groupe hypnose étaient d'accord sur le fait de vouloir réutiliser l'autohypnose pour un prochain accouchement ($p < 0,001$) et 30% d'entre elles ont affirmé avoir déjà réemployé la méthode dans leur vie quotidienne depuis l'accouchement qui a eu lieu six semaines auparavant ($p < 0,001$).

2. RECOURS À L'ANESTHÉSIE PÉRIDURALE

L'un des principaux objectifs des études examinant l'impact de l'autohypnose au cours d'un travail normal est d'évaluer le recours à une anesthésie péridurale (APD) dans le groupe d'intervention. L'étude de Downe et al a conclu que l'attribution à deux séances d'initiation à l'autohypnose en groupe au cours du troisième trimestre de grossesse associée à une écoute régulière de CD de pratique ne réduisait pas l'utilisation de l'analgésie péridurale pour le soulagement de la douleur pendant le travail, ni même le recours à toute sorte d'analgésie confondue (tableau V) (30).

Tableau V – Recours à une analgésie au cours du travail

	N	Hypnose			Témoin			p	OR (IC à 95%)
		n	Oui	%	n	Oui	%		
Recours à l'APD	670	337	94	27,9	333	101	30,3	0,487	0,89 (0,64 – 1,24)
Recours à toute analgésie confondue	667	337	112	33,2	330	132	40,0	0,070	0,75 (0,54 – 1,02)

OR = Odds Ratio ; IC = intervalle de confiance

Cyna et son équipe sont arrivés à la même conclusion que Downe et al, à savoir que l'utilisation de l'analgésie péridurale ou de toute analgésie confondue n'étaient pas impactées par une initiation à l'autohypnose entreprise vers 37 semaines de grossesse (tableau VI) (28).

Tableau VI – Recours à une analgésie au cours du travail

	Hypnose (n = 154)	CD seuls (n = 143)	Contrôle (n = 151)	p	RR (IC à 95%)
Recours à l'APD, n (%)	78 (51,0)	63 (44,1)	71 (47,0)	0,490 ^a 0,611 ^b	1,08 (0,86 – 1,36) ^a 0,94 (0,73 – 1,20) ^b
Recours à toute analgésie confondue, n (%)	125 (81,2)	110 (76,9)	115 (76,2)	0,348 ^a 0,881 ^b	1,07 (0,95 – 1,20) ^a 1,01 (0,89 – 1,15) ^b

RR = risque relatif ; IC = intervalle de confiance

a = Groupe hypnose versus groupe contrôle ; b = Groupe CD versus groupe contrôle

Dans l'essai contrôlé randomisé de Werner, il n'y avait pas non plus de différence entre les groupes concernant l'utilisation de l'analgésie péridurale : 31,2 % des femmes y ont eu recours dans le groupe hypnose, 29,8 % dans le groupe relaxation et 30,0 % dans le groupe témoin (risque relatif de 1,05 avec un IC à 95 % 0,75 – 1,50 pour les groupes hypnose versus témoin et risque relatif de 0,99 avec un IC à 95 % 0,70 – 1,41 pour les groupes relaxation versus témoin) (33).

Dans une étude comparative rétrospective entreprise aux États-Unis en 2007 par VandeVusse et al, 101 femmes ont été réparties en un groupe hypnose (n = 50) et en un groupe témoin (n = 51) qui a été apparié à posteriori avec le groupe d'étude. Les patientes du groupe hypnose ont toutes volontairement choisi de recourir à cette préparation à la naissance qui incluait cinq séances au cours de la grossesse, à une période qui n'a pas été précisée par l'auteur. L'obstétricien qui formait ces patientes était présent à chacun des 50 accouchements. L'un des principaux résultats de l'étude est une utilisation significativement moindre de sédatifs, d'analgésiques et d'anesthésie régionale pendant le travail (tableau VII) (34).

Tableau VII - Recours à une sédation ou à une analgésie au cours du travail

	Hypnose	Témoin	p
Doses totales de sédatifs + d'analgésiques	78	95	< 0,001
Doses de sédatifs avant travail	1	12	
Doses d'analgésiques à action brève (fentanyl)	73	51	
Doses d'analgésiques à action prolongée (nalbuphine)	4	32	
Anesthésie péridurale, n (%)	5/50 (10)	23/51(45)	< 0,001

La revue de la littérature Cochrane publiée par Madden et al en 2016 a sélectionné neuf essais de conception parallèle randomisant un total de 2954 femmes afin d'examiner l'efficacité et l'innocuité de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement (35). Parmi ces essais figurent ceux de Cyna, Downe et Werner (2012) qui ont tous les trois été inclus dans cette étude. L'un des principaux résultats de la revue est que les femmes du groupe hypnose étaient moins susceptibles d'utiliser des moyens pharmacologiques de réduction de la douleur ou des analgésiques que celles des groupes témoins, selon la méta-analyse de huit études soit 2916 femmes au total (risque relatif moyen (RR) 0,73, IC à 95 % 0,57 à 0,94). Une autre méta-analyse a comparé six études soit 2 817 femmes au total concernant le recours à une anesthésie péridurale entre le groupe hypnose et le groupe témoin mais elle n'a quant à elle pas montré de différence significative (RR moyen 0,81, IC à 95 % 0,51 à 1,27).

3. RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES

3.1. Impact sur la durée du travail

Dans l'étude d'Atis et al, l'analyse de la durée d'accouchement entre les deux groupes n'a indiqué aucune différence au cours du premier stade de travail ($p = 0,388$). La durée du 2ème stade de travail était quant à elle plus courte dans le groupe hypnose, 20 minutes en moyenne, par rapport au groupe témoin où la moyenne était de 30 minutes ($p = 0,011$). La même conclusion a été formulée concernant le troisième stade du travail qui durait en moyenne de cinq minutes dans le groupe hypnose contre 10 minutes dans le groupe témoin ($p = 0,003$) (29).

L'étude de Cyna et al n'a pas mis en évidence de différence nette entre les trois groupes avec une durée médiane du travail (IQR) de 8 (7,3), 8,3 (7,9) et 7,4 (6,7) heures pour les femmes des groupes hypnose + CD, CD uniquement et témoin (28).

Dans leur essai contrôlé randomisé, Downe et al sont arrivés à la même conclusion que l'étude de Cyna, à savoir qu'il n'y a pas de différence entre les trois groupes concernant les deux premiers stades de travail (30). Le premier stade durait en moyenne 517,0 minutes (8,6 heures) dans le groupe hypnose contre 539,7 minutes (9,0 heures) dans le groupe témoin ($p = 0,433$). Le deuxième stade avait une moyenne de 83,98 minutes dans le groupe hypnose (1,4 heures) contre 89,46 minutes (1,5 heures) dans le groupe témoin ($p = 0,373$).

Werner et son équipe n'ont pas non plus observé de différence significative entre les trois groupes de l'étude (33) : la durée entre l'arrivée au service de naissance et le début de la phase d'expulsion était de 5,6 heures dans le groupe hypnose, 5,8 heures dans le groupe relaxation et 5,5 heures dans le groupe témoin ($p = 0,35$). La durée de la phase expulsive était de 0,6 heures dans les trois groupes ($p = 0,35$).

3.2. Impact sur le score d'Apgar à la naissance

Les scores d'Apgar à une minute étaient significativement plus élevés pour les nouveau-nés des mères préparées à l'hypnose dans l'étude comparative rétrospective de VandeVusse et al : ils avaient une moyenne de 8,1 contre 7,3 pour les nouveau-nés de mères non formées à l'hypnose ($p = 0,015$). Cette signification statistique s'est aussi avérée vraie pour le nombre de nouveau-nés qui présentaient des scores d'Apgar à une minute inférieurs à sept dans chaque groupe, dont 2 (4 %) dans le groupe hypnose et 11 (22 %) dans le groupe témoin ($p = 0,008$). Il n'y avait néanmoins pas de différences significatives entre les groupes sur les scores d'Apgar néonataux à cinq minutes de vie (34).

L'étude d'Atis et al (29) n'a pas observé de changement significatif concernant le score d'Apgar des nouveau-nés à la naissance : le score médian était de 9 à une minute de vie pour chacun des deux groupes ($p = 0,396$) et de 10 à cinq minutes de vie dans les deux groupes ($p = 0,154$).

Cyna et son équipe (28) n'ont pas identifié de différence entre leurs trois groupes à propos du score d'Apgar inférieur à sept à cinq minutes de vie : le taux était de 0,7 % pour les groupes hypnose + CD et CD uniquement et de 1,3 % dans le groupe contrôle ($p = 0,555$).

Dans la revue de la littérature de Madden et al (35), cinq études ont rendu compte de ce résultat mais deux essais n'ont pas rapporté de données numériques et n'ont donc pas pu être inclus dans l'analyse. La méta-analyse a donc sélectionné trois études avec un total de 1 582 femmes. Aucune différence claire n'a été trouvée dans la proportion de bébés qui avaient un score d'Apgar inférieur à sept à cinq minutes entre les femmes du groupe hypnose et le groupe témoin (RR moyen 1,02, IC à 95 % 0,28 à 3,71).

3.3. Différence de coûts

Une seule étude a fourni une analyse économique détaillée qui n'a pas trouvé de différence dans le coût des activités prénatales, du travail et des soins postnataux entre les groupes d'hypnose et de soins standard. Il s'agit de l'étude anglaise de Downe et al (30), qui a observé que le coût supplémentaire dans le groupe hypnose par femme était de 4,83 £ (IC -257,93 £ à 267,59 £) (tableau VIII).

Tableau VIII – Coûts moyens ajustés

	Hypnose Moyenne [IC à 95%]	Témoin Moyenne [IC à 95%]	Différence entre les groupes Moyenne [IC à 95%]
Coûts (£)			
Activités prénatales	99.23 [89.06–109.4]	60,74 [30,88–90,61]	38,49 [6,64 à 70,33]
Pendant le travail	1934.31 [1805.23–2063.39]	1936.98 [1791.36–2082.6]	-2,67 [-191,66 à 186,32]
Soins maternels du post-partum	474.34 [411.33–537.34]	505,32 [414,75–595,89]	-30,99 [-138,9 à 76,93]
Total	2507,88 [2339,99–2675,77]	2503.05 [2299.88–2706.21]	4,83 [-257,93 à 267,59]

3.4. Lacunes des soignants en matière de connaissances en autohypnose

« Retards et déceptions » : tel est le nom du troisième thème ayant émergé de l'étude qualitative de Finlayson et al. Celui-ci met en avant un retard dans la prise en charge de certaines patientes ayant eu recours à l'autohypnose en début de travail. En effet, la capacité qu'elles avaient à contrôler leur anxiété et à agir de manière calme et posée a mené à la confusion à l'admission de la maternité où les soignants les jugeaient trop détendues pour être en travail. L'une d'entre elle témoigne « *j'avais l'impression que je devais crier et encore crier, que si j'étais calme alors ils pensaient que je n'étais pas en travail* » (31).

La deuxième déception mise en avant par cette étude est celle, pour deux femmes, de s'être senties frustrées car la préparation à la naissance en hypnose avait fait naître en elles de fortes attentes concernant leur accouchement qui ne s'est finalement pas déroulé comme elles se l'étaient imaginé.

L'essai clinique randomisé de Werner se voulait en simple aveugle afin que les soignants n'interviennent pas en faveur d'un groupe plutôt que d'un autre (33). Immédiatement après la naissance, les sages-femmes étaient invitées à répondre à un questionnaire afin de préciser le groupe dans lequel elles estimaient que la femme avait été attribuée. Au total, 699 (59,8%) formulaires ont été recueillis. La précision de l'estimation des sages-femmes était la plus élevée dans le groupe relaxation (58,4 %) et la plus faible dans le groupe hypnose (31,5 %) (tableau IX).

Tableau IX - Estimation par les sages-femmes de du groupe d'allocation de la patiente

	Estimation par les sages-femmes	
	Vrai groupe alloué, n (%)	Mauvais groupe alloué, n (%)
Hypnose (n = 305)	96 (31,5)	209 (68,5)
Détente (n = 274)	160 (58,4)	114 (41,6)
Témoin (n = 120)	46 (38,0)	74 (61,7)
Tous (n = 699)	302 (43,2)	397(56,8)

IV. DISCUSSION

Cette étude a été menée afin de déterminer si l'emploi de l'autohypnose lors du travail normal favorise un vécu positif de l'accouchement. Nous avons alors émis trois hypothèses. La première était que *l'autohypnose apporte une expérience positive de l'accouchement*. Selon la seconde, *la préparation à la naissance en hypnose réduit l'anxiété pendant le travail*. Enfin, nous avons supposé que *l'autohypnose diminue le recours à l'analgésie péridurale en cours de travail*.

Après avoir exposé les forces et les limites de notre étude, nous discuterons des résultats précédemment cités. Nous soulèverons ensuite les biais méthodologiques entre les études sélectionnées puis nous proposerons enfin des perspectives d'avenir pour la pratique clinique et la recherche, notamment en formulant des pistes d'amélioration concernant les prochaines études qui seront menées sur le sujet.

1. RÉFLEXION SUR NOTRE ÉTUDE

1.1. Forces

Une étude qualitative sur le ressenti des femmes concernant l'apprentissage de l'autohypnose en préparation à la naissance et à la parentalité a d'ores et déjà été réalisée par une étudiante de la faculté de Strasbourg en 2015, Mme De Pinho S (36). Les neuf femmes qu'elle a interrogées dans le mois suivant leur accouchement étaient toutes unanimes sur la satisfaction qu'a pu leur procurer l'autohypnose au cours du travail. Nous voulions ainsi apporter une recherche complémentaire à celle de Mme De Pinho en entreprenant une revue de la littérature internationale qui permettait non seulement de confirmer ses résultats mais aussi de les préciser et d'apporter de nouvelles conclusions.

Notre revue de la littérature rassemble un total de neuf articles. Au vu du faible nombre d'études s'intéressant au vécu subjectif d'un accouchement où l'autohypnose est pratiquée lors du travail, nous sommes satisfaits par cet effectif qui est suffisant pour observer des résultats concluants. Les études sont toutes assez récentes, elles ont été publiées il y a moins de 10 ans en moyenne et la plus ancienne a paru en 2007. Elles ont en outre été réalisées dans six pays différents répartis sur quatre continents, ce qui traduit un intérêt mondial croissant sur le sujet.

A l'heure actuelle, une seule revue de la littérature examinant le vécu de l'accouchement des femmes ayant employé l'autohypnose a été publiée et elle a paru le 11 février 2020 (37), après que nous ayons porté notre choix d'étude sur le sujet. Les autres revues de la littérature s'intéressent effectivement davantage à l'impact de la PNP en hypnose sur plusieurs aspects objectifs du déroulement du travail et de l'accouchement. Les articles choisis pour cette étude étant majoritairement différents de ceux sélectionnés dans la revue de 2020, cela a permis de générer une revue qui est complémentaire et non pas redondante à la première sur le sujet.

1.2. Limites

Une première limite de ce travail serait de n'avoir inclus que des études rédigées en français ou en anglais et publiées après l'an 2000. L'application de ces critères a généré un biais de sélection qui a sûrement eu comme conséquence l'exclusion de certaines études qui auraient pu s'avérer pertinentes pour notre revue.

Par ailleurs, aucune de nos études ne présente de fort niveau de preuve scientifique ce qui ne nous permet pas d'émettre de recommandation de grade A fondée sur une preuve scientifique établie. En effet, d'après la graduation proposée par la HAS (38) (Annexe II), la plupart de nos études présentent un niveau intermédiaire de preuve tandis que l'étude rétrospective de VandeVusse et al (34) ne fournit qu'un faible niveau de preuve scientifique.

Une autre limite serait celle d'avoir associé des études qualitatives avec des études quantitatives. La plupart des thèmes ressortant des études qualitatives n'étaient que brièvement évalués dans les études quantitatives, pour lesquelles les principaux critères de jugement concernaient principalement l'intensité de la douleur, l'utilisation d'analgésiques et les complications à la naissance tandis que les études qualitatives évaluaient préférentiellement les compétences et les expériences maternelles de l'accouchement.

2. PRINCIPAUX RÉSULTATS

2.1. Impact sur le vécu de l'accouchement

La littérature existante a souligné comment l'expérience de l'accouchement d'une femme peut être indépendante de facteurs considérés comme objectivement mesurables. Parmi ces facteurs subjectifs on retient notamment le fait pour la femme d'être tenue informée, son implication dans la prise de décision, le sentiment de contrôle, ses attentes et ses craintes, le soutien perçu de la part de son compagnon mais aussi des soignants ainsi que la qualité de la relation établie avec eux. Ces facteurs sont tout aussi puissants pour prédire l'expérience de l'accouchement que la douleur ressentie et les interventions inattendues pendant le travail (39,40).

Plusieurs de ces facteurs prédictifs ont été évalués à travers ce travail de recherche et pour certains, un impact positif de l'autohypnose a pu être observé .

2.1.1. Accroissement du sentiment de maîtrise du travail

Les résultats divergent dans notre revue quant à un sentiment de contrôle majoré chez les femmes ayant eu recours à l'autohypnose au cours de leur travail. En effet, alors que l'étude qualitative d'Abbasi et al (32) met en évidence un sentiment de contrôle et de confiance accrus auprès de la majorité de ses participantes, celle de Cyna et al (28) n'a quant à elle relevé aucune différence d'empowerment entre les trois groupes ($p = 0,642$). Une étude observationnelle transversale descriptive entreprise par Louthellier L. en 2013 dans le cadre de son mémoire de fin d'études portant sur l'autohypnose pratiquée par les parturientes en salle de naissance a révélé que 97,5 % des femmes ont eu le sentiment d'avoir été actrices lors de l'accouchement. Par ailleurs, 29 patientes sur les 40 au total ont déclaré avoir eu « tout à fait » le sentiment de contrôle durant leur travail (72,5 %), 9 d'entre elles (22,5 %) ont répondu « plutôt oui » et seules 2 femmes (soit 5 %) n'ont pas éprouvé ce sentiment (14).

2.1.2. Perception d'un soutien de la part du compagnon et/ou des soignants

Seules deux études ont inclus les partenaires dans leurs séances de PNP en hypnose (30,31) mais aucune des deux n'a précisé si les femmes étaient satisfaites du soutien qu'ils pouvaient leur apporter durant le travail en étant eux aussi formés à la pratique. Une étude australienne entreprise en 2012 par Phillips-Moore et al a toutefois décrit les partenaires formés à l'autohypnose comme une ressource

soutenante, apportant un sentiment de protection et de sécurité et permettant à la femme d'entretenir son processus de transe hypnotique (41). Or comme nous l'avons stipulé précédemment, le soutien perçu de la part des partenaires constitue un réel facteur prédictif d'une expérience positive d'un accouchement. Leur participation aux séances de PNP en hypnose peut donc accroître la satisfaction des femmes quant à leur accouchement puisque cela renforce le soutien qu'ils sont à même d'apporter à leurs compagnes alors en souffrance. L'inclusion des partenaires à la PNP s'avère également bénéfique pour eux-mêmes puisqu'elle leur permet de trouver plus aisément leur place durant le travail où ils se sentent souvent démunis.

Le soutien perçu de la part des soignants ne constituait pas non plus un critère de jugement parmi les études que nous avons sélectionnées. Néanmoins, l'étude de Finlayson et al (31) a tout de même mis en lumière une lacune chez les sages-femmes qui n'étaient pas au fait des signes physiologiques d'un état de transe hypnotique chez les femmes en travail. En effet, l'hypnose conduit les patients à un état plus détendu pouvant affecter les mouvements de leur corps et leurs expressions faciales qui sont pourtant cruciaux pour la communication sociale de la douleur. (42). Ainsi, les parturientes n'étaient parfois pas prises au sérieux lorsqu'elles arrivaient en travail à la maternité car les sages-femmes les jugeaient trop détendues pour l'être réellement. Cela a non seulement occasionné un retard dans leur prise en charge mais également un sentiment de frustration auprès de ces femmes qui ne se sentaient pas écoutées ni soutenues. Les patientes de cette étude ont malgré tout conservé une expérience positive de leur accouchement sous autohypnose mais un manque de connaissances des sages-femmes et donc une absence de soutien de leur part tout au long du travail peut engendrer un mauvais vécu de la naissance (40).

2.1.3. Réduction du stress et de l'anxiété

Ces deux sentiments font partie intégrante de l'accouchement. L'anxiété, qui est due à l'anticipation (voire à la création) d'une potentielle future menace, peut être liée à l'inconnu. La future mère se questionne alors : « comment sera le bébé ? », « serai-je une bonne mère ? », « vais-je supporter la douleur ? », « serai-je à la hauteur lors de l'accouchement ? ». Le stress est une réaction de l'organisme face aux modifications de l'environnement en vue de s'y adapter. Ces modifications peuvent être liées aux différents appareillages en salle de travail, au bruit, à la variété de soignants présents, à la perception d'une anomalie lors du travail (2)

Les cinq études sélectionnées ayant évalué l'impact de l'autohypnose sur l'anxiété ressentie au cours d'un travail normal se sont toutes accordées sur le fait que la pratique amoindrit les sentiments d'anxiété et de peur de l'accouchement. Les études qualitatives (31,32) ont toutes deux souligné un sentiment d'apaisement, de calme et de confiance après que les femmes aient terminé leurs cours de PNP en hypnose mais aussi durant leur travail lorsqu'elles employaient l'autohypnose. Celle-ci, en leur faisant prendre conscience de leur force et de leurs compétences, les a dissuadé de vouloir recourir à une césarienne de convenance. Downe et al (30) ont eux aussi observé une diminution de l'anxiété à propos du travail ($p = 0,001$) et de la peur de l'accouchement ($p = 0,009$) dans le groupe hypnose deux semaines après la naissance. Deux ECR ont quant à eux eu recours à des formulaires, le W-DEQ A pour évaluer les craintes et les attentes de l'accouchement à venir et le W-DEQ B pour évaluer celles réellement perçues après la naissance. L'étude d'Atis et al (29) a trouvé une différence statistiquement significative entre les deux groupes pour le W-DEQ B ($p < 0,05$) tout comme celle de Werner et al (27) ($p = 0,01$), traduisant un accouchement plus apaisant pour les femmes du groupe hypnose. Werner et son équipe ont tout de même noté que les femmes souffrant de peur sévère présentaient les scores moyens les plus élevés et ce même dans le groupe d'hypnose, indiquant une expérience plus négative de l'accouchement que l'autohypnose ne parvient pas à atténuer. Une PNP en hypnose ajustable, plus adaptée aux besoins spécifiques de certaines femmes et notamment celles présentant un fort niveau d'anxiété pourrait être envisageable et induirait peut-être des résultats plus prononcés entre les groupes.

Une étude, celle d'Atis et al (29), a relevé un fait intéressant. Effectivement, les deux groupes étaient équilibrés sur quasiment toutes les caractéristiques socio-démographiques des femmes si ce n'est concernant leurs antécédents scolaires et leur niveau socio-économique, où des différences significatives ont été observées. Parmi les patientes du groupe hypnose, 63,3 % étaient des diplômées universitaires tandis que seules 16,7 % du groupe témoin l'étaient ($p = 0,001$). De même, la proportion des femmes du groupe hypnose qui avaient un bon niveau socio-économique était plus élevée que celle du groupe témoin ($p = 0,004$). Or plusieurs études (Waldenström et al (43), Laursen et al (44) et Saisto et al.(45)) ont signalé que les femmes de faible niveau socio-économique présentaient une plus grande peur de la naissance. Pareillement, Laursen et al (44) et Gao et al (46) ont rapporté qu'un faible

niveau d'éducation augmentait la peur de la naissance. Ainsi, les résultats favorables d'Atis et al en faveur d'une diminution de l'anxiété et de la peur de l'accouchement dans le groupe hypnose sont à nuancer puisque ce groupe se constituait de femmes plus éduquées et plus aisées que celles présentes dans le groupe témoin. Ces dernières étaient donc davantage susceptibles d'éprouver un sentiment de peur sévère, plus difficilement atténuable par l'autohypnose selon Werner et al (27).

2.1.4. Naissance d'une expérience positive de l'accouchement

La plupart des études sélectionnées s'entendent pour dire que la pratique de l'autohypnose au cours d'un travail normal favorise un vécu positif de celui-ci. En effet, durant la grossesse, des changements concernant les croyances négatives qu'elles avaient de l'accouchement (31) et une diminution de l'anxiété ont permis aux femmes de gagner en confiance et en contrôle, de telle sorte qu'elles arrivaient plus détendues à la maternité (32). Pendant le travail, une confiance accrue associée à la capacité de se détendre, d'être plus alerte et concentrée, de visualiser un endroit sûr où se réfugier et de transformer la douleur en une sensation de pression sont autant d'éléments décrits par les femmes ayant employé l'autohypnose afin de transformer le travail et l'accouchement en une expérience positive (29,31,32).

Seule l'étude de Cyna et al (28) n'a pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les trois groupes concernant la satisfaction de l'expérience de l'accouchement ($p = 0,446$) mais il s'agissait là d'un résultat complémentaire ayant simplement été mesuré à travers un score allant de 0 à 10 et qui ne prenait donc pas en considération tous les éléments subjectifs entrant en compte dans le vécu d'un accouchement. Quelques patientes de l'étude de Finlayson et al (31) ont également souligné une déception quant à leur accouchement car l'apprentissage de l'autohypnose avait fait naître en elles des attentes et des espoirs qui n'ont pas été satisfaits lors du travail. Néanmoins, il s'agit là d'un problème plus général qui est difficilement supprimable puisque, indépendamment du type de PNP que suit une patiente, si celle-ci idéalise son accouchement ou sous-estime l'intensité de la douleur qu'elle s'attend à ressentir, cela peut automatiquement générer des attentes qui ne seront pas atteintes et ainsi engendrer un vécu négatif de l'accouchement.

La totalité des patientes de deux études ont mentionné vouloir recommander la pratique à leur entourage (29,32), et même, plus globalement, généraliser la pratique dans leur pays (32). Dans l'étude de Cyna et al (28), 78 % des patientes du groupe hypnose ont déclaré souhaiter réemployer l'autohypnose lors d'un prochain accouchement ($p < 0,001$). Ces résultats sont en adéquation avec ceux retrouvés par Lhoutellier L. dans son étude puisqu'elle a noté qu'après la naissance, 95% des patientes envisageaient de conseiller cette pratique à une amie et que 90% des femmes étaient désireuses de suivre à nouveau des séances de PNP en hypnose lors d'une prochaine grossesse (14).

D'une façon plus générale, certaines femmes ont déclaré que l'apprentissage de l'autohypnose leur a fourni des outils pour appréhender une anxiété, un stress ou encore une douleur dans la vie de tous les jours telles qu'un allaitement difficile ou encore une visite chez le dentiste (31). Parmi les participantes à l'étude de Cyna et al (28), 30% des femmes du groupes hypnose ont affirmé avoir déjà réemployé la méthode dans leur vie quotidienne dans les six semaines qui ont suivi l'accouchement.

2.2. Impact sur la gestion de la douleur

2.2.1. Intensité de la douleur autodéclarée

Les résultats sont mitigés dans notre revue en ce qui concerne une diminution de la douleur ressentie par les parturientes employant l'autohypnose durant leur travail. Les études quantitatives ont utilisé le score d'EVA pour évaluer l'intensité de la douleur maternelle et celle de Cyna et al (28) n'a pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les trois groupes qui présentaient chacun un score médian de 8 ($p = 0,419$). L'étude de Werner et al n'a pas non plus observé de différence entre les scores des trois groupes, et ce qu'il s'agisse du premier ou du deuxième stade de travail et que les femmes aient recours ou non à une analgésie péridurale (33). L'étude qualitative d'Abbasi et al a quant à elle souligné une réduction générale de la douleur pour ses six parturientes voire même une suppression de celle-ci pour quatre des femmes qui ont su remplacer le sentiment douloureux par une pression utérine contrôlable.

Cette dernière étude est en adéquation avec celle d'Harmon et al (47) incluant 60 nullipares séparées en deux groupes (hypnose et témoin) qui a conclu à une nette diminution de la sensation de douleur à travers plusieurs échelles chez les patientes

employant l'autohypnose durant leur travail ($p < 0,001$). Les mêmes résultats ont été observés dans l'étude de Guthrie et al (48) qui, en comparant huit femmes ayant employé l'autohypnose lors de leur accouchement à huit femmes témoins, a noté que le score médian d'EVA était de 6,3 pour le groupe hypnose contre 9,2 pour le groupe témoin ($p < 0,01$). Ces résultats, bien qu'ils ne fassent pas l'unanimité, témoignent du fait que la douleur engendrée par les contractions utérines pourrait être plus facilement appréhendée lors d'un processus de transe hypnotique.

2.2.2. Recours à l'analgésie péridurale

Dans l'optique d'évaluer la satisfaction des parturientes employant l'autohypnose durant leur travail, notre objectif secondaire était d'identifier si ces dernières avaient un recours moindre à l'analgésie péridurale. Tous nos ECR étaient unanimes sur le fait d'invalider cette hypothèse de recherche. En effet, pour chacun d'entre eux, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes d'hypnose et les groupes témoins en terme d'utilisation d'anesthésie péridurale (28,30,33). La revue de la littérature de Madden et al (35) en est arrivée à la même conclusion avec sa méta-analyse qui incluait un total de six études (RR moyen 0,81, IC à 95 % 0,51 à 1,27). Cependant, il est probable que la disponibilité immédiate de l'analgésie péridurale puisse avoir influencé les résultats de notre revue. En effet, si celle-ci n'était pas disponible sur demande comme cela a été le cas dans ces études, la probabilité que l'hypnose réduise l'utilisation de l'analgésie pourrait être augmentée. De plus, il n'est pas précisé si la pose de péridurale a été retardée avec l'autohypnose.

Une seule étude a observé une diminution significative du taux de recours à l'anesthésie péridurale pour les femmes du groupe hypnose (5/50 soit 10%) par rapport aux femmes du groupe témoin (23/51 soit 45%) ($p < 0,001$). Néanmoins, ces résultats sont difficilement généralisables car ils sont issus d'une étude comparative rétrospective de faible niveau de preuve où les patientes ont choisi par elles-mêmes d'entreprendre cette PNP en autohypnose. Ce choix découle donc probablement d'un désir d'accouchement physiologique où l'emploi de toute médication est limité voire absent. À l'inverse, les femmes qui prévoient dès leur grossesse de recourir à une anesthésie péridurale pendant l'accouchement n'étaient peut-être pas motivées à se former à l'autohypnose. Par ailleurs, le médecin hypnothérapeute était présent tout au long du travail des 50 patientes et peut ainsi avoir influencé leur prise de décision (34).

Ces résultats, bien qu'ils s'accordent majoritairement sur le fait qu'il n'y a pas de réduction de l'usage de l'APD chez les femmes employant l'autohypnose au cours du travail, sont à nuancer avant de les transposer aux femmes enceintes françaises. En effet, ces études ont été menées dans des pays où le taux de recours à l'anesthésie péridurale est parfois bien moindre en comparaison de la France où le taux s'élève à 82 % d'après la dernière enquête périnatale de 2016 (26). En 2015, parmi les différents pays où se sont déroulées les études sélectionnées dans notre revue, le taux était de 40 % au Royaume-Unis (49), 36 % en Australie (50), 71 % aux États-Unis (51) et de 34 % chez les primipares de l'hôpital où a eu lieu l'étude de Werner et al (33). Ainsi, l'absence d'effet observé pourrait-elle être partiellement expliquée par le taux de recours à la péridurale déjà initialement bas dans le groupe hypnose ? Afin de vérifier cette hypothèse, une étude menée en France serait la bienvenue puisqu'il s'agit de l'un des pays ayant le taux le plus important d'anesthésie péridurale lors du travail (49).

2.2.3. Recours à d'autres analgésiques que l'APD et/ou aux antalgiques

En ce qui concerne le recours aux antalgiques ou à d'autres analgésiques au cours du travail pour les femmes employant l'autohypnose, les études sont plus divergentes que précédemment. Celle de Cyna et al (28) n'a pas montré de différence entre les deux groupes concernant le recours à toute analgésie confondue ($p = 0,348$). Downe et son équipe n'ont certes pas non plus observé de différence entre les groupes pour ce même critère de recherche, néanmoins les résultats sont à la limite de la significativité ($p = 0,07$). L'étude de Vandevusse et al (34) a à nouveau relevé une différence entre les groupes quant aux doses totales de sédatifs administrées ($p < 0,001$) et la méta-analyse de la revue Cochrane de Madden et al (35) a permis de conclure que les femmes du groupe hypnose étaient moins susceptibles d'utiliser des moyens pharmacologiques de réduction de la douleur ou des analgésiques que celles des groupes témoins (risque relatif moyen (RR) 0,73, IC à 95 % 0,57 à 0,94). Ces résultats sont en accord avec ceux de l'étude de Jenkins et al (52) qui a constaté que la proportion de femmes sous hypnose n'ayant utilisé aucune analgésie était supérieure dans le groupe hypnose (83/262) par rapport au groupe témoin (46/600) ($p < 0,001$). De la même manière, l'étude d'Harmon et al (47) a signalé un taux moindre de recours aux tranquillisants et aux stupéfiants dans le groupe hypnose ($p < 0,01$).

Bien que ces données soient discordantes, elles nous laissent tout de même à penser que l'autohypnose pourrait diminuer le recours à la médication lors du travail auprès de certaines femmes. Il s'agirait potentiellement des femmes les plus réceptives à la suggestion hypnotique, ou encore celles désireuses d'un accouchement autant physiologique que possible. Des études pourraient approfondir ces hypothèses.

2.2.4. Modèle théorique du fonctionnement de l'hypnose dans la gestion de la douleur

2.2.4.1. Les différentes composantes de la douleur

L'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur (IASP) définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle, ou décrite en les termes d'une telle lésion » (53). La douleur est un phénomène multidimensionnel comprenant quatre composantes différentes (54,55) :

- La composante sensori-discriminative renvoie à notre capacité à décrire avec finesse la nature, la localisation, l'intensité et la durée du stimulus.
- La composante affective-émotionnelle de la douleur lui confère sa tonalité désagréable, pénible voire insupportable. Elle dépend du caractère et de la personnalité de chacun.
- La composante cognitive désigne la signification que la douleur revêt pour le patient, c'est son interprétation qui permet ensuite de mettre en place des conduites adaptées pour y faire face. Elle fait appel aux acquis culturels, personnels mais aussi sociaux.
- La composante comportementale correspond à l'expression de la douleur. Elle englobe l'ensemble des manifestations conscientes et non conscientes, verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre.

2.2.4.2. Syndrome de peur-tension-douleur

Le principal modèle théorique qui sous-tend l'utilisation de l'autohypnose pour la gestion de la douleur pendant le travail et l'accouchement est le modèle du syndrome de peur-tension-douleur élaboré par l'obstétricien anglais Dick-Read. Il explique alors que la peur et l'anxiété, la tension musculaire et enfin la douleur sont des phénomènes qui s'autoalimentent. En effet, plus nous avons peur, plus nous sommes stressés et tendus et plus nous avons mal. Le modèle indique alors que

l'autohypnose encourage les femmes à changer leurs croyances négatives concernant l'accouchement ce qui se traduit par un sentiment accru de confiance associé à une diminution de l'anxiété, de la tension musculaire par la suite et finalement, de la douleur (figure 2).

Ce modèle suppose que l'hypnose pourrait agir sur la composante affective de la douleur. Cet effet serait obtenu en employant des techniques de réassurance visant à réduire la peur et l'anxiété des femmes, à accroître leur confiance, à promouvoir leur rôle actif lors de l'accouchement. Cela pourrait conduire à moins de désagréments et à des expériences d'accouchement plus positives. Les résultats de nos différentes études, en faveur d'un impact positif de l'hypnose sur le vécu de l'accouchement et notamment à travers la réassurance des femmes, corroborent ce principe.

Il présume par ailleurs que l'hypnose aurait également un impact sur la composante sensorielle de la douleur. En effet, des techniques pourraient élever le seuil de la douleur par un processus de recalibrage avant même l'apparition de celle-ci, conduisant ainsi à une douleur moins perçue. Ce recalibrage pourrait à son tour engendrer une utilisation réduite d'analgésiques (4). D'après les résultats de notre revue, cette théorie est discutable car nous n'avons pas observé de diminution du taux de recours à l'APD dans le groupe hypnose et la réduction du taux d'autres analgésiques n'est pas homogène entre les études. Une étude française portant sur la cartographie cérébrale fonctionnelle de la perception de la douleur a bien démontré que les composantes affective et sensorielle de la douleur se rapportent à différentes zones corticales. Il est donc possible d'observer des changements sélectifs dans le désagrément perçu des stimuli nocifs sans pour autant qu'il n'y ait de réel changements dans l'intensité (56).

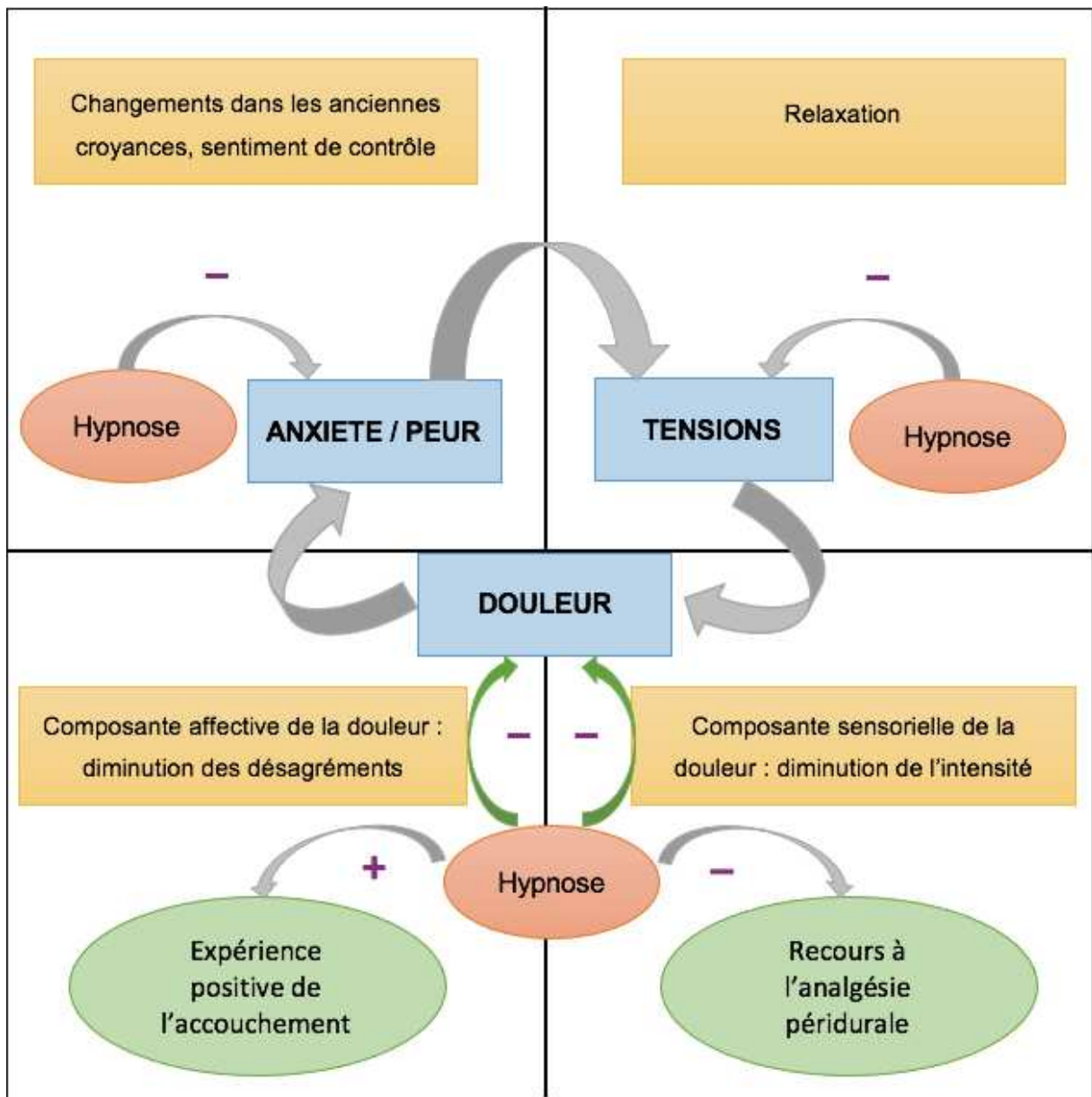


Figure 2 : Modèle théorique du fonctionnement de l'hypnose dans la gestion de la douleur. D'après Gueguen et al, 2021 (4)

3. BIAIS MÉTHODOLOGIQUES ENTRE LES ETUDES

Malgré le fait que plusieurs études aient souligné des résultats encourageants, ces derniers sont difficiles à transposer dans la population générale des femmes enceintes présentant un travail normal car il existe une grande hétérogénéité entre les protocoles des différentes études sélectionnées.

3.1. Sélection des échantillons

Premièrement, la méthode de sélection des échantillons variait d'une étude à l'autre. Pour la majorité d'entre-elles, la sélection se faisait par randomisation mais certaines études n'ont pas suivi ce schéma d'attribution aléatoire. L'étude de VandeVusse et al (34) se voulant rétrospective, le groupe témoin a été apparié à posteriori de l'accouchement au groupe hypnose qui se constituait de 50 femmes ayant toutes délibérément choisi de suivre une préparation à la naissance en hypnose. Nous pouvons donc supposer que ces femmes, en choisissant par elles-mêmes de se former à l'autohypnose, étaient déjà confiantes quant aux potentiels bénéfiques que la pratique pouvait leur apporter. Par ailleurs, deux des neuf essais de la revue de Madden et al (35) étaient quasi randomisés et présentaient donc un risque de biais de sélection (dans l'un des deux les femmes étaient sélectionnées en fonction du mois de leur terme et dans l'autre selon leur numéro de dossier hospitalier).

3.2. Mise en aveugle

La mise en aveugle du personnel chargé de recueillir les données a été précisée dans quatre des cinq essais contrôlés randomisés inclus dans ce travail (27,28,30,33). La revue de Madden et al (35) a quant à elle relevé cinq articles sur neuf signalant une mise en aveugle des chercheurs de l'étude.

Le personnel soignant en salle de naissance a été aveuglé dans seulement deux études, celles de Werner et al (33) et de Cyna et al (28). Alors que la dernière ne fournit pas d'information quant au succès ou non de cette mise en aveugle, l'étude de Werner et al a évalué l'estimation de l'allocation des patientes par les sages-femmes et a rapporté un fait intéressant : la précision de l'estimation était la plus élevée dans le groupe relaxation (58,4 %) et la plus faible dans le groupe hypnose (31,5 %). Cela traduit un manque évident de connaissances en autohypnose de la part des sages-femmes qui peinent à reconnaître les femmes l'employant au cours de leur travail. A l'inverse, dans l'étude d'Atis et al (29), les femmes enceintes recevaient des bracelets violets qu'elles devaient porter lors de l'accouchement afin que les professionnels de santé puissent identifier celles qui avaient été formées à l'autohypnose. Les sages-femmes, en étant ainsi informées du protocole de recherche, pouvaient être plus susceptibles de respecter l'état de transe hypnotique des patientes en diminuant les stimulations et les interventions envers elles ou au contraire en les encourageant à maintenir cet état si elles étaient formées à la pratique.

La mise en aveugle des participantes est difficile à réaliser pour les interventions d'hypnose, mais quatre essais de la revue de Madden et al (35) ont tout de même rapporté que les femmes n'étaient initialement pas informées du groupe auquel elles étaient affectées. Néanmoins, aucun rapport n'a été rédigé pour trois de ces essais afin d'indiquer si la mise en aveugle avait fonctionné ou non. Seule l'étude de Cyna et al (28) a donné des résultats quant à la mise en aveugle de ses patientes et elle a montré qu'aucune des femmes du groupe témoin ne pensait faire partie d'un groupe d'hypnose tandis que 70 % des femmes des deux groupes d'intervention pensaient appartenir à un groupe d'hypnose. Cela traduit la grande difficulté d'entreprendre un double aveuglement lorsque l'on évalue la pratique de l'hypnose, bien que ce dernier soit un élément important des essais cliniques car il permet de limiter les biais de classement ou de mesure liés à un changement systématique de comportement et d'objectivité de la part du soignant ou du patient non aveuglé (57).

3.3. Critères d'inclusion / d'exclusion

3.3.1. Parité

Le choix de la parité était parfois différent entre les études, engendrant un biais dans la comparaison des résultats. En effet, la plupart des études n'ont inclus que des femmes nullipares (27,29–31,33), d'autres ont mélangé la parité (28,34) tandis que l'étude qualitative d'Abbasi et al n'a sélectionné que des femmes multipares (32). Or ces dernières ont généralement une durée de travail inférieure à celle des nullipares, comme l'ont démontré Girault et al dans une étude réalisée en 2020 dont l'objectif était de décrire la durée du travail des femmes prises en charge avec les pratiques obstétricales actuelles dans une cohorte nationale française (58). Les auteurs ont ainsi noté une durée médiane de travail de 6,1 heures chez les nullipares contre 3,1 heures chez les multipares. Nous pouvons donc supposer qu'un travail moins long induira automatiquement une durée plus courte d'exposition à la douleur, et sera ainsi susceptible de favoriser un vécu positif de l'accouchement.

3.3.2. Recours à une analgésie

Le recours à tout forme confondue d'analgésie constituait un critère d'exclusion pour deux études (29,32) tandis qu'il s'agissait souvent de l'un des principaux critères de jugement dans les autres études. Néanmoins, les femmes souhaitant un accouchement physiologique sont plus susceptibles de recourir aux méthodes de

médecine douce pour appréhender la douleur et pour satisfaire leur expérience d'accouchement. Par ailleurs, le recours à une anesthésie péridurale peut masquer l'effet bénéfique de l'autohypnose sur la diminution de la douleur ressentie. Nous pourrions ainsi penser que l'effet de l'autohypnose sur le vécu du travail est d'autant plus marqué chez les patientes n'ayant pas recours à une analgésie.

3.4. Préparation à la naissance et à la parentalité en hypnose

Une autre limite majeure à la comparaison des études entre elles est la forte hétérogénéité entre les différentes PNP en hypnose proposées par chaque auteur, et ce sur plusieurs aspects :

Le nombre de séances prénatales proposées était variable, allant d'une seule séance pour Abbasi et al (32) à cinq cours pour VandeVusse et al (34) mais la majorité des études proposaient deux à trois séances prénatales (27,28,30,31,33).

Les séances débutaient pour la plupart au troisième trimestre de grossesse et deux études ont choisi de les initier tardivement après 37 semaines de gestation (28,32). Une étude prévoyait un calendrier large entre 20 et 36 semaines de gestation (29) tandis qu'une autre n'a pas précisé à quel moment de la grossesse avait été entreprise la préparation à la naissance en hypnose (34). Une analyse en sous-groupe effectuée dans la revue de la littérature de Madden et al (35) a montré que l'hypnose était davantage bénéfique si elle était initiée tôt au cours de la grossesse et si elle incluait plus de quatre séances, ce qui semble cohérent étant donné que l'autohypnose est une compétence qui s'acquiert progressivement et qui demande de l'entraînement. Certaines patientes de l'étude de Finlayson et al (31) ont d'ailleurs révélé qu'elles auraient apprécié recevoir plus de deux séances au total ainsi qu'une dernière plus proche du terme.

La participation des femmes aux séances de PNP en autohypnose n'était pas identique entre les études. Pour certaines, la participation à l'intégralité des cours constituait un critère d'inclusion (29,34). Dans l'étude de Werner et al (33), 85 % des femmes du groupe hypnose ont assisté à l'ensemble des trois cours. Le taux de participation aux deux séances était identique dans l'étude de Downe et al (30). En revanche, l'étude de Cyna et al (28) a induit une perte de chance pour les femmes d'assister à l'intégralité des séances en les initiant proche du terme puisque seules 44% d'entre elles ont pu assister aux trois séances proposées et 15% n'en ont suivi

aucune. Au vu du faible nombre de résultats positifs apportés par cette étude, nous pouvons nous interroger quant à un lien de causalité entre une PNP en hypnose insuffisamment menée et suivie et une absence de résultat en faveur de l'autohypnose au cours du travail.

Pour la majorité des études, des séances collectives de préparation à la naissance en hypnose (27,28,30,31,33) ont été entreprises. Celle d'Atis et al (29) n'a pas donné de précision sur ce point. Dans celle d'Abbasi et al (32), le cours était réalisé de manière individuelle tandis que dans celle de VandeVusse et al (34), cinq séances individuelles ont été proposées à 30 des participantes et les 20 autres ont suivi des séances collectives, sans que les auteurs n'aient précisé si cela avait impacté d'une manière ou d'une autre leurs résultats.

Deux études ont fait le choix d'inclure le compagnon dans la préparation à la naissance dispensée au cours de la grossesse (30,31) mais elles n'ont pas communiqué de données sur l'impact de leur participation. Pourtant, l'importance du soutien perçu de la part des partenaires est connue depuis longtemps comme étant cruciale pour une expérience positive de l'accouchement. Une étude française publiée en 2021 par Chabbert et al (59) a cherché à identifier les facteurs prédictifs potentiels d'une expérience négative de l'accouchement et parmi tous les résultats obtenus figurait notamment l'absence de soutien de la part du partenaire pendant l'accouchement ($p < 0,001$). Dans ces deux études nous pouvons donc supposer que les futurs pères, alors formés à l'autohypnose, étaient plus à même d'accompagner leurs conjointes au cours du travail pour initier ou entretenir l'état hypnotique.

De plus, dans cinq études (27,28,30,31,33), un enregistrement audio a été remis aux patientes qui étaient invitées à l'écouter aussi souvent que possible afin de renforcer leur apprentissage en autohypnose. Trois de ces études ont fourni trois enregistrements audio différents à leurs participantes (27,28,33) tandis que dans les deux autres, un seul était proposé aux patientes (30,31). Nous n'avons pas réellement d'information sur le fait que les femmes avaient une écoute régulière ou non de ces enregistrements audio, cependant nous pourrions penser qu'il s'agit d'un renforcement bénéfique à l'apprentissage de l'autohypnose pour les patientes qui les écoutaient ce qui pourrait favoriser l'émergence de résultats positifs dans ces études-là.

Deux de nos études ont également signalé la présence, tout au long du travail, du même hypnothérapeute qui avait formé les patientes durant leur grossesse (29,32). Bien que celles-ci avaient toutes suivi une PNP en hypnose et étaient donc à même

de pratiquer l'autohypnose, la présence permanente d'un professionnel de la pratique les a forcément épaulé pour entrer dans une transe hypnotique ou tout du moins, pour l'entretenir. Ce soutien continu peut lui aussi avoir interféré dans les résultats décrits.

Un autre facteur limitant de notre revue est que trois études ont rapporté l'accès à l'éducation prénatale en hypnose en dehors du protocole d'essai pour certaines femmes du groupe témoin (28,30,33). L'étude de Downe et al (30) a ainsi révélé qu'une femme sur dix du groupe témoin avait employé l'autohypnose au cours de son travail. Cela illustre à la fois la popularité actuelle des séances de PNP basées sur l'hypnose et la difficulté méthodologique d'entreprendre une étude contrôlée pour évaluer une technique qui est populaire et relativement disponible dans le privé.

Enfin, deux études n'ont pas communiqué le programme complet de leurs séances de PNP en hypnose ce qui complique leur comparaison mais également leur reproductibilité (28,32).

3.5. Outils d'évaluation

L'aspect multidimensionnel et subjectif de l'expérience de l'accouchement explique la diversité des outils d'évaluation utilisés entre les différentes études et montre à quel point sa compréhension est difficile. Alors que les études qualitatives choisissaient de réaliser des entretiens individuels après l'accouchement (31,32), les études quantitatives ont employé plusieurs questionnaires souvent propres à chaque essai et qui n'évaluaient donc pas forcément la même notion psychologique de l'accouchement. Pourtant, des modèles de questionnaires, index ou échelles ont été élaborés afin de mesurer la satisfaction des mères concernant leur accouchement (60). Nous pouvons notamment citer le *Labor and Delivery Satisfaction Index* (LADSI) élaboré au Canada en 1987 par Lomas et al et qui comporte 38 questions-clés (61). Un autre modèle, le *WOMen's view of Birth Labour Satisfaction Questionnaire* (WOMBLS) développé au Royaume Uni en 1999 par Smith et al a identifié 11 grandes dimensions pour exprimer le vécu de l'accouchement (62). Enfin, créé aux États-Unis, le *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS) se compose de 34 items et il est désormais utilisé dans plusieurs autres pays dont l'Espagne, la Belgique, le Royaume-Uni et les Pays-Bas (63).

Par ailleurs, les résultats ou les réponses n'étaient pas toujours recueillis au même moment puisque les entretiens avaient lieu dans les 24 heures après l'accouchement pour une étude (32) tandis qu'ils survenaient huit à 14 semaines après

pour une autre (31). Les questionnaires étaient souvent retournés à six semaines du post-partum. Il semble logique de penser que plus le recueil a lieu à distance de la naissance, plus il est susceptible d'y avoir une perte d'information dans la qualité des réponses apportées par les mères.

4. PERSPECTIVES

4.1. Pour la recherche clinique

La précédente sous-partie a mis en lumière le fait que les études évaluant l'impact de l'autohypnose sur le vécu de l'accouchement sont encore très hétérogènes en terme de méthodologie. Bien que l'autohypnose semble offrir des perspectives intéressantes au cours du travail, des études complémentaires de haute qualité sont nécessaires avant de pouvoir formuler des recommandations cliniques. Il serait donc souhaitable que les protocoles des futures études soient davantage standardisés entre eux. Plusieurs critères pourraient ainsi être communs aux prochaines études :

- La sélection par randomisation des patientes ;
- La mise en aveugle du personnel chargé de recueillir les données mais aussi du personnel en salle de naissance, celle des patientes étant difficile à obtenir ;
- L'exclusion des femmes n'ayant pas suivi l'intégralité des cours de PNP en hypnose proposés, ou du moins un certain nombre minimal ;
- L'exclusion des femmes n'ayant pas eu recours à l'autohypnose lors du travail malgré qu'elles aient participé à toutes les séances prénatales ;
- L'uniformisation du contenu des séances qui suivraient la même trame ;
- La sélection de questionnaires identiques évaluant le vécu de l'accouchement ;
- La réalisation des entretiens ou la distribution des questionnaires à la même distance de la naissance .

Une fois la méthodologie plus uniformisée entre les études, celles-ci pourraient se consacrer à comparer deux groupes d'hypnose ayant suivi les mêmes séances prénatales mais pour lesquels nous chercherons à évaluer une différence sur le vécu de l'accouchement entre les groupes :

- Ayant recours à une analgésie péridurale versus non ;
- Ayant suivi des séances collectives de PNP en hypnose versus des séances individuelles ;

- Où les cours sont donnés au deuxième trimestre versus au troisième trimestre ;
- Où le partenaire a également suivi les séances de PNP en hypnose versus non

Ces nouvelles études nous permettraient ainsi d'identifier les facteurs prédictifs en faveur d'une expérience positive de l'accouchement sous autohypnose afin de proposer un programme optimisé de PNP en hypnose aux futures femmes enceintes et qui soit également généralisable dans tous les pays désireux de proposer cette préparation à la naissance.

En outre, il serait intéressant de réaliser davantage d'études qualitatives pour évaluer le vécu de l'accouchement sous autohypnose car leur effectif est toujours faible actuellement et ce sont celles qui fournissent les résultats les plus significatifs. Nous avons effectivement pu constater qu'il existe un hiatus entre les critères de jugement retenus dans les études quantitatives et les thématiques rapportées par les femmes dans les études qualitatives. Il serait donc judicieux d'utiliser les études qualitatives afin de préciser le critère de jugement le plus pertinent pour les futures études quantitatives, en l'occurrence l'expérience de l'accouchement.

Enfin, certaines indications n'ayant pas encore été prises en considération pourraient faire l'objet de prochaines études comme par exemple l'impact de l'autohypnose lors de la réalisation de manœuvres endo-utérines ou encore d'extractions instrumentales.

4.2. Pour la formation des sages-femmes

Comme nous l'avons mentionné précédemment, certaines patientes ont relevé des lacunes de la part des sages-femmes en termes de connaissances sur l'utilisation de l'autohypnose en salle de travail. Cela souligne la nécessité de formation de toutes les sages-femmes exerçant dans des maternités ayant l'intention de mettre en place des séances prénatales d'hypnose afin qu'elles soient informées des normes de comportement modifiées des femmes utilisant l'autohypnose lors de leur travail.

La formation pourrait déjà débuter dans l'ensemble des écoles de sages-femmes afin que les étudiants disposent d'outils supplémentaires au cours de leurs stages pour accompagner les patientes utilisant l'autohypnose mais également pour que tous les professionnels de demain soient initiés à la pratique lors de leur entrée dans le monde du travail. Cette formation pourrait s'intégrer dans une unité

d'enseignement relative aux médecines complémentaires, au même titre que l'homéopathie ou l'acupuncture, comme c'est d'ores et déjà le cas à l'école de sage-femme de Strasbourg .

4.3. Pour ma pratique future de sage-femme

Ce travail de recherche m'a beaucoup appris sur la pratique, encore bien méconnue tant par les patientes que par les sages-femmes, et m'a conforté quant à ses supposés bénéfiques. Lors de mes derniers stages en salle de naissance, j'avais pris l'habitude d'employer l'hypnose conversationnelle auprès des parturientes que j'accompagnais afin de modifier subtilement leur inconscient et leur comportement face à la douleur. Exerçant actuellement en qualité de remplaçante en libéral, je continue à l'utiliser lors des actes gynécologiques que je réalise (pose d'un dispositif intra-utérin, retrait d'un implant, réalisation d'un frottis cervico-utérin). J'envisage par ailleurs de me former à la pratique dans le but d'enrichir l'accompagnement que je propose à mes patientes, qu'il s'agisse d'indications obstétricales (stress et anxiété, nausées et vomissements gravidiques, blocages liés à des antécédents obstétricaux compliqués, apprentissage de l'autohypnose en vue de l'accouchement lors de PNP), gynécologiques (vaginisme, blocages sexuels) ou encore pour le sevrage tabagique. Cette formation me permettrait en outre de développer certaines de mes qualités humaines primordiales tant pour la pratique de l'hypnose que pour celle de sage-femme telles que la patience, la capacité d'écoute ainsi que le sens aigu de l'observation, indispensable en clinique.

V. CONCLUSION

Le but de ce mémoire était d'identifier l'impact de l'autohypnose sur le vécu d'un travail normal à partir d'une revue de la littérature internationale.

Bien qu'il existe plusieurs limites à leur généralisation, les principaux résultats de cette revue suggèrent que l'utilisation de l'autohypnose par les parturientes peut avoir un impact positif sur leur expérience subjective de l'accouchement. Les femmes, en signalant pour la plupart une sensation de calme, de confiance et de maîtrise lors du travail associées à une diminution du stress et de l'anxiété, décrivent ainsi un vécu positif de leur accouchement.

L'objectif secondaire de notre travail était de déterminer si l'autohypnose réduisait l'emploi d'une analgésie péridurale chez les parturientes. Les études n'ont certes pas identifié de diminution du recours à l'anesthésie péridurale chez les patientes ayant suivi une PNP en hypnose mais elles ont globalement objectivé une baisse dans l'utilisation d'antalgiques et d'autres analgésiques.

Les études n'ont rapporté aucun évènement indésirable et n'ont pas non plus observé de différence de coût entre une PNP classique et celle en hypnose, traduisant son aspect sûr et simple de mise en œuvre.

La grossesse est période propice à l'apprentissage de l'autohypnose qui s'avère ensuite bénéfique dans bien d'autres domaines que celui de l'accouchement, et notamment dans la vie quotidienne en réduisant le stress et l'anxiété.

L'association d'études quantitatives avec des études qualitatives a mis en exergue que les principaux critères de jugement définis par les investigateurs dans les ECR concernaient principalement la gestion de la douleur et les issues obstétricales tandis que les thématiques qui émergeaient des études qualitatives abordaient plutôt l'expérience de l'accouchement. Cependant, ces données objectives peuvent s'avérer moins pertinentes pour les patientes.

Ce constat nous permet donc de suggérer l'élaboration de nouvelles études quantitatives qui partiraient des résultats des études qualitatives pour identifier de nouveaux critères de jugement, et notamment concernant le vécu de l'accouchement évalué à partir de questionnaires standardisés. Parallèlement, la réalisation de nouvelles études qualitatives explorant la perspective du patient semble nécessaire afin de compléter les résultats quantitatifs issus d'essais contrôlés randomisés.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Benhaiem J-M. L'hypnose médicale. 2e éd. Paris: Med-Line éd; 2012. 252 p.
2. Tosti G. Le grand livre de l'hypnose. Éditions Eyrolles; 2015. 470 p.
3. Institut Français d'Hypnose Humaniste & Hypnose Ericksonienne (IFHE). L'Hypnose [Internet], 2022. Disponible sur :
<http://hypnose-ericksonienne.com/fr/sinformer/lhypnose/>
4. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, rapport de l'INSERM ; 2015. 205 p.
5. Club d'histoire des neurosciences [Internet], 2018. Disponible sur:
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/chn/fr/debut.php>
6. Bernard F, Virot C. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie (2e édition). Éditions Arnettet; 2018. 383 p.
7. Larousse E. Définition de l'hypnose. Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur :
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hypnose/41134>
8. Chalut-Natal Morin C. Hypnose en gynécologie et obstétrique en 35 notions. Éditions Dunod, 2021. 272 p.
9. OMS. Lancement par l'OMS de la première stratégie mondiale pour les médecines traditionnelles ou parallèles. WHO [Internet]. 2002. Disponible sur:
<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/release38/fr/>
10. OMS. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. WHO [Internet]. 2014. Disponible sur :
https://www.who.int/publications/list/traditional_medicine_strategy/fr/
11. De Benedittis G, Mammini C, Rago N. Le livre bleu de l'hypnose : le guide de l'hypnose médicale fondée sur des preuves. Éditions Anfortas; 2020. 310 p.
12. Rapport Inserm : Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. Institut Français d'Hypnose [Internet]; 2015. Disponible sur :
<https://www.hypnose.fr/actualites-rapport-inserm-evaluation-de-lefficacite-de-la-pratique-de-l-hypnose/>
13. Alfieri A. Place de l'hypnose en obstétrique : perception et réflexion des patientes. Mémoire de sage-femme, Nice; 2017. 81p.

14. Lhoutellier L. L'autohypnose pratiquée par les parturientes en salle de naissance. Mémoire de sage-femme, Clermont-Ferrand; 2013. 94p.
15. Alexander B, Turnbull D, Cyna A. The Effect of Pregnancy on Hypnotizability. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2009;52(1):13-22.
16. Caron-Leulliez M. L'accouchement sans douleur : une révolution culturelle au milieu du XXe siècle. *Spirale*. 2008;47(3):21-6.
17. Davidson JA. An Assessment of the Value of Hypnosis in Pregnancy and Labour. *Br Med J*. 1962;2(5310):951-3.
18. Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro D et al. Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(9):E1654.
19. Allen S. A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 1998;16(2-3):107-31.
20. Chabbert M, Wendland J. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère – bébé ? *Revue de Medecine Perinatale*. 2016;8(4):199-206.
21. Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R et al. Effect of self-hypnosis on duration of labor and maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2013;92(7):816-23.
22. Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. HAS [Internet] ; 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
23. Villa D. L'autohypnose, une aide à la naissance. *Vocation Sage-femme*. 2015;14(114):18-20.
24. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité, recommandations professionnelles. HAS [Internet] ; 2005. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
25. Parayre I. L'hypnose, une approche complémentaire à la disposition des sages-femmes. *Vocation Sage-femme*. 2019;18(141):12-4.

26. Inserm. Quelques résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2016. Enquête Nationale Périnatale [Internet] ; 2020. Disponible sur: <https://enp.inserm.fr/article-2/>
27. Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R et al. Antenatal Hypnosis Training and Childbirth Experience: A Randomized Controlled Trial. *Birth*. 2013;40(4):272-80.
28. Cyna AM, Crowther CA, Robinson JS et al. Hypnosis Antenatal Training for Childbirth: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2013;120(10):1248-59.
29. Atis FY, Rathfisch G. The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2018;33:77-84.
30. Downe S, Finlayson K, Melvin C et al. Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: a randomised controlled trial of clinical effectiveness. *BJOG*. 2015;122(9):1226-34.
31. Finlayson K, Downe S, Hinder S et al. Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour. *BMC pregnancy and childbirth*. 2015;15:229.
32. Abbasi M, Ghazi F, Barlow-Harrison A et al. The Effect of Hypnosis on Pain Relief During Labor and Childbirth in Iranian Pregnant Women. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2009;57(2):174-83.
33. Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R et al. Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial. *BJOG*. 2013;120(3):346-53.
34. Vandevusse L, Irland J, Berner MA et al. Hypnosis for Childbirth: A Retrospective Comparative Analysis of Outcomes in One Obstetrician's Practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2007;50(2):109-19.
35. Madden K, Middleton P, Cyna AM et al. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]* ; 2016. Disponible sur : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009356.pub3/full>
36. De Pinho S. l'apprentissage de l'auto-hypnose en préparation à la naissance et à la parentalité : étude qualitative sur le ressenti des femmes. Mémoire de sage-femme, Strasbourg; 2015. 56p.

37. Catsaros S, Wendland J. Hypnosis-based interventions during pregnancy and childbirth and their impact on women's childbirth experience: A systematic review. *Midwifery*. 2020;84:102666.
38. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux. HAS [Internet] ; 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux
39. Lavender T, Walkinshaw SA, Walton I. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*. 1999;15(1):40-6.
40. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2002;186(5):S160-72.
41. Phillips-Moore J. Birthing outcomes from an Australian HypnoBirthing programme. *British Journal of Midwifery*. 2012;20(8):558-64.
42. Prkachin KM, Solomon PE, Ross J. Underestimation of pain by health-care providers: towards a model of the process of inferring pain in others. *Can J Nurs Res*. 2007;39(2):88-106.
43. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG*. 2006;113(6):638-46.
44. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*. 2008;115(3):354-60.
45. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE et al. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG*. 2001;108(5):492-8.
46. Gao L-L, Liu XJ, Fu BL et al. Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery*. 2015;31(9):865-70.
47. Harmon TM, Hynan MT, Tyre TE. Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education. *J Consult Clin Psychol*. 1990;58(5):525-30.

48. Guthrie K, Taylor DJ, Defriend D. Maternal hypnosis induced by husbands during childbirth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1984;5(2):93-5.
49. Why do so many French women have epidurals? The Local France [Internet] ; 2015. Disponible sur : <https://www.thelocal.fr/20150904/why-do-so-many-french-women-have-epidurals/>
50. Australia's health 2016, Summary. Australian Institute of Health and Welfare [Internet] ; 2016. Disponible sur: <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/australias-health-2016/contents/summary>
51. Butwick AJ, Wong CA, Guo N. Maternal Body Mass Index and Use of Labor Neuraxial Analgesia: A Population-based Retrospective Cohort Study. *Anesthesiology*. 2018;129(3):448-58.
52. Jenkins MW, Pritchard MH. Hypnosis: practical applications and theoretical considerations in normal labour. *Br J Obstet Gynaecol*. 1993;100(3):221-6.
53. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. HAS [Internet] ; 2008. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient
54. Définition, composantes de la douleur. Pédiadol [Internet] ; 2019. Disponible sur: <https://pediadol.org/la-douleur-definition/>
55. Rochas B. Prise en charge de la douleur, où en est-on ? Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2014;118(3):91-8.
56. Peyron R, Faillet I. Functional brain mapping of pain perception. *Med Sci (Paris)*. 2011;27(1):82-7.
57. Haute Autorité de Santé. Méthodologie pour le développement clinique des dispositifs médicaux. HAS [Internet] ; 2021. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1696842/fr/methodologie-pour-le-developpement-clinique-des-dispositifs-medicaux
58. Girault A, Blondel B, Goffinet F et al. Contemporary duration of spontaneous labor and association with maternal characteristics: A French national population-based study. *Birth*. 2021;48(1):86-95.
59. Chabbert M, Rozenberg P, Wendland J. Predictors of Negative Childbirth Experiences Among French Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2021;50(4):450-63.

60. Sawyer A, Ayers S, Abbott J et al. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:108.
61. Lomas J, Dore S, Enkin M et al. The Labor and Delivery Satisfaction Index: The Development and Evaluation of a Soft Outcome Measure. *Birth*. 1987;14(3):125-9.
62. Smith LF. The WOMB (Women's views of birth) antenatal satisfaction questionnaire: development, dimensions, internal reliability, and validity. *Br J Gen Pract*. 1999;49(449):971-5.
63. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S et al. Women's satisfaction with the experience of childbirth: validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. *Gac Sanit*. 2012;26(3):236-42.

VII. ANNEXES

Annexe I – Résultats psychologiques du vécu de l'accouchement six semaines après la naissance selon les groupes

	Bras d'étude			Analyse statistique	
	Hypnose + CD (n = 134)	CD (n = 133)	Contrôle (n = 133)	RR (95% IC)	p
Satisfaction de l'expérience de l'accouchement *	8,4	8,3	8,3	-	0,446
Sensation de contrôle pendant le travail *	7,3	7,3	7,3	-	0,642
Sensation de faire face au travail *	7,3	5,3	8,3	-	0,345
Utilité de l'autohypnose pour l'accouchement, n (%)	51/109 (46,8)	51/110 (46,4)	9/35 (25,7)	1,82 (1,00 – 3,31) ^a 1,80 (0,99 – 3,28) ^b	0,050 ^a 0,053 ^b
Souhaite utiliser l'autohypnose pour le prochain accouchement, n (%)	104/134 (77,6)	111/133 (83,5)	78/133 (58,7)	-	< 0,001
A utilisé l'autohypnose depuis l'accouchement, n (%)	40/134 (29,9)	33/132 (25,0)	6/127 (4,7)	6,32 (2,78 – 14,39) ^a 5,29 (2,30 – 12,20) ^b	< 0,001 ^a < 0,001 ^b

* Taux de 0 à 10, 0 = pas du tout et 10 = extrêmement

a = Groupe hypnose versus groupe contrôle

b = Groupe CD versus groupe contrôle

Annexe II – Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique selon la HAS

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
<p>A</p> <p>Preuve scientifique établie</p>	<p>Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
<p>B</p> <p>Présomption scientifique</p>	<p>Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
<p>C</p> <p>Faible niveau de preuve scientifique</p>	<p>Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - études cas-témoins. <p>Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

RÉSUMÉ

Introduction : L'accouchement est un évènement majeur dans la vie d'une femme. Son expérience peut être influencée par de nombreux facteurs et il est notamment possible d'agir en amont sur certains d'entre eux. Pour se faire, certaines femmes se tournent désormais vers l'hypnose médicale qui connaît depuis quelques années un regain d'intérêt après avoir été longtemps ternie par l'hypnose de spectacle. Au cours de séances prénatales de PNP en hypnose, les femmes apprennent ainsi à utiliser seules l'autohypnose lors de leur accouchement.

Les objectifs de ce travail étaient d'évaluer le vécu de l'accouchement chez les femmes employant l'autohypnose durant leur travail normal et de déterminer si celles-ci avaient un recours moindre à l'analgésie péridurale.

Méthodologie : Une revue de la littérature de 2000 à 2022 a été réalisée. Au total, neuf études ont été sélectionnées dont une revue Cochrane.

Résultats : Le vécu de l'accouchement semble amélioré chez les femmes utilisant l'autohypnose au cours de leur travail. Les patientes décrivent une diminution de l'anxiété et du stress ainsi qu'un sentiment accru de contrôle et de confiance. Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans l'utilisation de l'APD entre les groupes mais une baisse du recours aux antalgiques ou à d'autres analgésiques a été observée sans pour autant être concluante.

Conclusion : L'enseignement de l'autohypnose peut être recommandé pour favoriser une expérience positive de l'accouchement mais ne doit pas être présenté comme un moyen de réduire l'usage de l'analgésie péridurale.

Mots-clés : travail, accouchement, hypnose, autohypnose

Keywords : labor, childbirth, delivery, hypnosis, self-hypnosis