



HAL
open science

Revue de la littérature sur la préparation à la naissance par l'hypnose dans la gestion de la douleur, du travail et de l'accouchement en 2018

Louis Bronner

► To cite this version:

Louis Bronner. Revue de la littérature sur la préparation à la naissance par l'hypnose dans la gestion de la douleur, du travail et de l'accouchement en 2018. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03870408

HAL Id: hal-03870408

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870408>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

METZ

*Revue de la littérature sur la préparation à la naissance par
l'hypnose dans la gestion de la douleur, du travail et de
l'accouchement en 2018.*

**Mémoire présenté et soutenu par
BRONNER Louis**

Directeur de mémoire : Madame MERGEN-MOREL Catherine
Sage-femme enseignante

Expert de mémoire : Madame BUDNIK Christine
Sage-femme libérale à METZ

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

METZ

*Revue de la littérature sur la préparation à la naissance par
l'hypnose dans la gestion de la douleur, du travail et de
l'accouchement en 2018.*

**Mémoire présenté et soutenu par
BRONNER Louis**

Directeur de mémoire : Madame MERGEN-MOREL Catherine
Sage-femme enseignante

Expert de mémoire : Madame BUDNIK Christine
Sage-femme libérale à METZ

REMERCIEMENTS

Merci à ma directrice de mémoire, Madame Mergen-Morel, pour ses conseils avisés, sa grande patience et son implication dans ce travail.

Merci à mon experte, Madame Budnik, de m'avoir consacré son temps, de m'avoir transmis une partie de ses connaissances et de m'avoir accueilli au sein de son cabinet.

Merci à mes parents, de m'avoir accompagnés au long de ces études et d'avoir toujours respecté mes choix au long de ce parcours.

Une attention particulière à Marine, ma moitié, qui m'a épaulé dans le pire comme dans les meilleurs moments au cours de cette année.

GLOSSAIRE

BPM : Battements par minute

CPP : Comité de Protection des Personnes

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de confiance

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

RR : Risque relatif

SA : Semaine d'aménorrhée

UGO : Urgence Gynéco-Obstétricales

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	8
ARGUMENTATION ET CONTEXTE.....	8
1. LA GROSSESSE	9
1.1. LES MODIFICATIONS DE LA GROSSESSE	9
1.2. LE TRAVAIL, L'ACCOUCHEMENT ET LA DOULEUR	9
2. HISTORIQUE DE LA PREPARATION A LA NAISSANCE	10
2.1. L'HISTOIRE	10
2.2. DE NOS JOURS.....	12
3. L'HYPNOSE.....	13
3.1. QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ?.....	13
3.2. L'HYPNOSE DANS LA PREPARATION A LA NAISSANCE.....	14
MATERIEL, METHODE ET RESULTATS	15
1. NORMES REDACTIONNELLES	15
2. STRATEGIE DE RECHERCHE	15
3. METHODOLOGIE	16
3.1. PROBLEMATIQUE.....	16
3.2. LES OBJECTIFS	16
3.2.1. <i>L'objectif principal</i>	16
3.2.2. <i>Les objectifs secondaires</i>	16
3.3. LES HYPOTHESES.....	17
3.4. LES CRITERES.....	17
3.4.1. <i>Le critère de jugement principal</i>	17
3.4.2. <i>Les critères de jugement secondaires</i>	17
3.5. PRESENTATION DES ETUDES CHOISIES ET RESULTATS.....	17
3.5.1. <i>Etude A</i>	17
3.5.2. <i>Etude B</i>	18
3.5.3. <i>Etude C</i>	19
3.5.4. <i>Etude D</i>	19
3.5.5. <i>Etude E</i>	20
3.5.6. <i>Etude F</i>	21

3.5.7. Etude G	22
DISCUSSION.....	23
1. LA GESTION DE LA DOULEUR.....	23
2. PRATIQUE DE L'AUTOHYPNOSE ET TAUX D'ANALGESIE PERIDURALE	24
3. LES FEMMES AYANT ETE PREPAREE GRACE A L'HYPNOSE ET SON UTILISATION LORS DU TRAVAIL	25
4. DES PERSPECTIVES D'AVENIR	26
CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE.....	28
ANNEXES	32

INTRODUCTION

Tout au long de mes études, j'ai toujours été marqué par la douleur que pouvaient exprimer les parturientes au cours du travail et de l'accouchement. La péridurale était souvent la seule alternative proposée pour pallier à cette douleur et bien souvent ce sont les femmes elles-mêmes qui la réclament dès leur arrivée à l'UGO (Urgences Gynéco-Obstétricales). J'ai toujours été fasciné par l'hypnose et ses impacts sur le corps humain, par la puissance du cerveau qui peut shunter certaines situations et par cette capacité d'indépendance que confère l'autohypnose.

En obstétrique, actuellement, les femmes désirent se réapproprier leur accouchement et cherchent des alternatives pour être actrices de leur travail et de leur accouchement : salle nature, baignoire, déambulation, acupuncture, haptonomie, hypnose etc.

J'ai pu constater les effets de l'hypnose en assistant à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, ma curiosité en a été accrue et c'est pour cela que j'ai choisi cette thématique de mémoire.

Ma problématique a été fixée comme telle : en quoi la préparation à la naissance par l'hypnose impacte-t-elle sur la gestion de la douleur du travail et de l'accouchement en 2018 ? La méthode choisie a été une revue de la littérature.

Mon mémoire a été construit autour de 3 axes :

- Dans un premier temps, les prérequis à la compréhension et la justification du contexte ont été énoncés.
- Dans un deuxième temps, la méthodologie et les résultats ont été décrits.
- Enfin, les résultats ont été analysés et comparés afin de répondre à la problématique.

ARGUMENTATION ET CONTEXTE

1. LA GROSSESSE

1.1. Les modifications de la grossesse

La grossesse est une étape majeure dans la vie de la femme et s'accompagne de divers changements physiologiques, tant sur le plan physique que psychique.

Ces modifications permettent ainsi le développement et la croissance du fœtus, l'adaptation de la mère à l'état gravidique et sa préparation à l'accouchement. Le volume de l'utérus qui augmente change le point de gravité de la femme. Une forte imprégnation hormonale entraîne différents signes de manière irrégulière selon les femmes, appelés les petits maux de la grossesse : nausées, somnolence, asthénie, modifications de l'appétit. Le débit du cœur est aussi augmenté de 30 à 50 %, la fréquence cardiaque est augmentée d'environ 15 bpm, le volume d'éjection systolique s'accroît d'environ 30%.

On note aussi que la grossesse a une forte influence sur la psyché de la femme. Le passage du statut de « fille de... » à celui de « mère de... », l'accueil d'un enfant « parfait », les anticipations, les clichés et les représentations parfois anxiogènes, au sujet de l'accouchement... sont autant de raisons de stress et d'angoisse pour la future mère [1].

1.2. Le travail, l'accouchement et la douleur

Le travail et l'accouchement permettent la naissance de l'enfant et l'expulsion des annexes fœtales. Le diagnostic du travail se fait sur la présence de contractions utérines régulières et douloureuses accompagnées d'une modification cervicale. Les contractions utérines de travail sont dues à l'activité du myomètre qui est composé de fibres musculaires lisses. Le travail se divise en 3 étapes :

- Les contractions qui permettent l'effacement et la dilatation du col de l'utérus. C'est la plus longue période du travail
- Les phénomènes mécaniques engendrés par les contractions utérines vont permettre l'engagement, la descente et l'expulsion du mobile fœtal
- La dernière étape est l'expulsion des annexes fœtales à savoir le placenta et les membranes.

La deuxième étape du travail est-elle-même divisée en 3 temps :

- Le passage du mobile fœtal dans le détroit supérieur du bassin, on parle alors d'engagement

- La rotation intra-pelvienne de la présentation fœtale
- L'expulsion du mobile fœtal hors de voies génitales maternelles.

Un accouchement est prématuré lorsqu'il survient avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée. Il est dit physiologique si il se déroule en l'absence de toute pathologie fœtale où maternelle. Il est eutocique (on dit aussi normal ou spontané) lorsqu'il se déroule par voie basse sans manœuvre ni instrumentation [3].

L'accouchement est une épreuve intense sur le plan physique, psychologique, et émotionnel, de ressenti différent pour chaque femme mais où la douleur fait partie intégrante de chaque accouchement. Une phase dite « de latence » marque la mise en route du travail, elle commence à l'apparition de contractions utérines douloureuses qui provoqueront des modifications cervicales. Cette phase de latence peut durer quelques heures, parfois quelques jours, cette étape est plus longue pour une primipare.

Pendant le travail, la douleur est provoquée par les contractions utérines qui ouvrent progressivement le col. Cette perception est discrète au début, mais plus le travail avance, plus la douleur devient intense.

La douleur se localise en général dans le bassin, mais elle peut également irradier dans le dos ou les jambes puisqu'à terme l'utérus est tellement imposant que la moindre stimulation peut avoir des répercussions sur tout le corps.

Lorsque la dilatation est complète et que le bébé est descendu dans le bassin, la douleur des contractions est alors dépassée par une envie irrépressible de pousser, qui est une sensation intense, aiguë et qui atteint son paroxysme au moment du dégagement de la tête du bébé. A cet instant, l'ampliation du périnée est totale. Les femmes décrivent souvent une sensation d'écartement, de déchirement [2].

2. HISTORIQUE DE LA PREPARATION A LA NAISSANCE

2.1. L'Histoire

Historiquement et culturellement, l'accouchement a toujours eu une connotation douloureuse. La religion, par l'intermédiaire de la Bible, énonce la maxime « *tu enfanteras dans la douleur* ». C'est une image, profondément ancrée dans la société française, et qui a traversé les siècles. L'émancipation progressive de la femme au 20^e siècle a obligé la société à se pencher sur la détresse et la douleur des femmes lors de l'accouchement. En effet, de plus en plus de femmes accouchent à l'hôpital alors qu'auparavant, elles mettaient au monde leur bébé à la maison. Il a donc fallu prendre en compte la douleur pendant l'accouchement, malgré la religion catholique et ses interdits. Face à ces difficultés, les autorités de santé ont mis en place différents moyens pour répondre à ces problématiques et plus particulièrement, les séances de

préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Le tableau 1 en montre l'évolution. La PNP a pour rôle la réassurance de la femme et du couple vis-à-vis de la grossesse, de la naissance et de l'accueil du nouveau-né au sein de la famille. Ce concept est arrivé en France au début des années cinquante grâce au Dr Lamaze, neurologue et obstétricien français. Le principe étant de dissocier la douleur de l'accouchement, en donnant une connaissance aux femmes sur l'accouchement, en ramenant la contraction à un travail musculaire intense et en diminuant la peur de l'inconnu, en cassant les clichés et les représentations. La méthode de « l'accouchement sans douleur » du Dr Lamaze sera vite popularisée à travers Paris puis à travers toute la France.

En 1970, d'autres méthodes ont fait leurs apparitions comme la sophrologie, le yoga où les femmes sont moins focalisées sur la douleur. C'est ainsi que ces « cours d'accouchement » ont évolués vers les séances de PNP que nous connaissons actuellement. La prise en charge est devenue plus globale. La grossesse, ainsi que le statut de futurs parents y est abordé. Les dimensions sociales et psychologiques ont pris le pas sur l'aspect purement médical. L'objectif est de rendre la femme actrice de sa grossesse et de son accouchement et d'impliquer le futur père [4].

Tableau 1 : Préparation à la naissance et société. Source : Evelyne MOTHE, directrice de l'Ecole de Sages-Femmes de St Antoine (Paris).

	Préparation de la naissance	Culture médicale	Place des femmes	Contexte historique
1850 1910	Hypnose Anesthésie	Médicaments modernes	Homme roi	Poussée industrielle
1930	Read <i>Accouchement sans crainte</i>	Information	Émancipation	Reprise économique
1950	Lamaze <i>Accouchement sans douleur</i>	Antibiotiques	Femme responsable	Reconstruction post-guerre
1970	Velay Leboyer Odent <i>PPO psychoprophylaxie obstétricale</i>	Psychologie	1968 : contraception IVG enfant roi	30 glorieuses
1990	Galactéros <i>Préparation à la naissance, de la naissance</i>	Communication	Égalité dans le couple	Récession économique Loisirs
2000	Nous Les femmes <i>Préparation à la parentalité</i>	Médecine holistique, éthique, représentation des usagers Judiciarisation Réflexion sur le corps en obstétrique De Gasquet	Recherche d'un juste équilibre social Nouvelle articulation travail- famille-loisirs	Reprise économique ? Ambivalence entre conflits/solidarité Mondialisation Économie de la santé T2A - CMU

2.2. De nos jours

Actuellement, en France, 8 séances de PNP de 45 minutes minimum sont prises en charge par l'assurance maladie. Ces séances s'adressent à chaque femme enceinte, accompagnée ou non de leur conjoint. Elles doivent s'adapter aux besoins spécifiques des femmes quel que soit leur nombre de grossesse et leur environnement. Les adaptations portent en particulier sur les conditions d'accueil, d'accessibilité et l'orientation des thèmes abordés.

Les objectifs principaux des séances de PNP peuvent être résumés en plusieurs points [5] :

- Soutenir la parentalité, bénéfique à l'affection psycho-affective entre le couple et l'enfant, permettant aux parents d'être attentifs à ses besoins et plus largement, participant au développement personnel des parents
- Créer un étayage grâce à un réseau de professionnels coordonnés autour de la femme enceinte
- Encourager à chaque étape de la grossesse, l'adoption par la mère et le père de comportements de vie sains pour leur santé et celle de l'enfant
- S'assurer d'un soutien affectif pour la femme
- Accompagner le couple dans ses choix et ses décisions concernant la grossesse, les modalités d'accouchement, et la durée du séjour en maternité.

Les femmes ayant suivi une préparation à la naissance abordent le travail et l'accouchement plus sereinement. Il en est de même pour les situations pathologiques qui peuvent survenir. En effet, les connaissances apportées lors des séances de PNP permettent aux femmes une meilleure compréhension de ce qui se passe lors de la grossesse, de l'accouchement et des décisions prises. Ainsi, on observe une réduction du sentiment de peur et de perte de contrôle [6]. Cela facilite aussi leur prise de conscience de leur état de future mère et aide à l'établissement du lien mère enfant en suites de couches [7].

Il existe de nombreux types de préparations : des séances en piscine, des séances d'acupuncture mais aussi de yoga, d'haptonomie ou encore d'hypnose. Cette dernière est en pleine renaissance. L'hypnose est un phénomène reconnu depuis plus de 150 ans mais les hommes l'utilisaient déjà dans l'Antiquité. Dans le domaine médical, les applications de l'hypnose se multiplient car elle présente de nombreux avantages. C'est une méthode fiable qui a fait preuve de son efficacité et est de plus très peu invasive. Son usage en service d'urgence est en plein essor. Elle trouve de nombreuses adeptes dans la préparation à la naissance.

3. L'HYPNOSE

3.1. Qu'est-ce que l'hypnose ?

L'Institut Français d'Hypnose la définit comme « *un état de conscience modifié, où l'environnement est perçu autrement. C'est un état naturel et spontané qui peut être reproduit par l'induction d'un praticien ou par soi-même : c'est l'état hypnotique* » [8].

En 1980, Milton Erickson, psychiatre et psychologue américain, qualifie l'hypnose par « *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'apprentissage* » [9].

Le nancéien Hippolyte Bernheim, quant à lui, suggère que « *la seule chose certaine, c'est qu'il existe chez les sujets hypnotisés ou impressionnables à la suggestion une aptitude particulière à transformer l'idée reçue en acte* ». Il fait un travail de comparaison entre l'état de conscience dit « normal » et l'état de conscience de l'hypnotisé. A l'état normal, toute idée est discutée par le cerveau. L'impression est analysée par un travail cérébral complexe qui met en jeu les centres corticaux et crée un arbre décisionnaire qui va aboutir à son acceptation ou à sa neutralisation. Au contraire chez l'hypnotisé, la phase d'analyse est shuntée. La transformation de l'idée en acte n'a pas le temps de se produire. L'organe psychique va intervenir mais avec surprise et va confirmer l'acte sans pouvoir l'empêcher. Bernheim explique cela par une « *exaltation de l'excitabilité réflexe idéo-sensorielle ou idéo-sensitive, qui fait la transformation inconsciente de l'idée en sensation ou image sensitive* » et cela s'applique aussi pour les idées de mouvement mais dans ce cas c'est l'excitabilité réflexe idéomotrice qui va entrer en jeu [10].

Enfin, André Weitzenhoffer soutient que « *l'hypnose fait partie des états de transe, qui font eux-mêmes partie des états modifiés de conscience. On est en transe hypnotique légère au cinéma, en lisant un livre etc...* ». Il propose deux moyens pour basculer dans un état modifié de conscience, le premier étant par focalisation ou hypoactivité du corps et/ou de l'esprit. Il s'agit d'une diminution du registre cognitivo-sensoriel. C'est l'induction habituelle de l'état hypnotique. Le deuxième moyen, par l'ouverture ou l'hyperactivité du corps et/ou de l'esprit, consiste en l'augmentation du registre cognitivo-sensoriel. Cela se produit lors d'intense effort physique comme la course à pied, ou psychique pendant un examen par exemple où tout le cerveau est en forte activité [10].

L'hypnose est donc un phénomène applicable à tous et cela a été prouvé scientifiquement. En effet, l'état hypnotique a été démontré par l'emploi de l'IRM fonctionnelle et du Pet-Scan dans les années 1990 [11].

3.2. L'hypnose dans la préparation à la naissance

Dès lors, ses applications se sont multipliées dans tous les domaines de la santé, notamment dans la médecine de la douleur et dans la gestion du stress et de l'anxiété. Ces deux composantes sont identifiées lors de la grossesse et lors de l'accouchement. L'hypnose peut donc être une réponse non pharmaceutique à divers maux et pathologies de la parturiente et trouve naturellement sa place en obstétrique [5-8].

L'hypnose agit sur la maîtrise de soi, mais aussi sur ses peurs ainsi que sur le seuil de la douleur ressentie. C'est donc tout naturellement qu'elle peut s'inscrire dans la PNP. Au sein du cabinet de sage-femme Feminae à Metz, j'ai pu assister à plusieurs séances de PNP d'hypnose. Les parturientes participent en moyenne à 3 à 5 séances qui sont généralement individuelles afin d'éviter toute distraction extérieure. Les principes et les bases de l'autohypnose y sont abordés. Une prévisualisation métaphorique de l'accouchement peut libérer des peurs mais aussi rassurer la femme sur ses capacités à accoucher et ainsi vaincre certaines de ses angoisses apparues avec la grossesse ou antérieurement. L'hypnoalgésie est l'autre sujet abordé au cours des séances. Elle se définit par l'utilisation de l'hypnose formelle et informelle dans la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques. Elle s'utilise seule ou en association à un anesthésique local, des antalgiques et ou des anxiolytiques, et s'inscrit dans une stratégie de lutte globale contre la douleur [16]. En effet, la douleur possède une comorbidité psychologique importante : perte identitaire, altérations émotionnelles et affectives, sentiments d'incapacité, de perte de contrôle. Par l'appropriation de cette technique, la patiente passe d'une position où elle subit, à une position active où elle peut observer et en partie contrôler ce qui est présent. Elle fait ainsi l'expérience qu'il est possible de ne pas se laisser submerger par sa douleur en la modulant. L'utilisation de l'hypnose s'inscrit donc comme une méthode psychoprophylactique qui peut permettre à la femme enceinte de faire face à des situations douloureuses ou stressantes avec plus de maîtrise [17-18].

La littérature scientifique est divisée à propos de l'influence de l'hypnose et de l'autohypnose. Dans plusieurs études, les bénéfices de l'hypnose sur la douleur pendant le travail ont été prouvés à des degrés divers. En effet, la difficulté principale rencontrée par les auteurs est de parvenir à quantifier le ressenti et les détails sur les méthodes utilisées pour la randomisation [19-22,30]. C'est cette même difficulté sous-jacente qui est soutenue dans les études concluant que la préparation par l'hypnose est inefficace en termes d'analgésie [23-24]. Cependant, ces études mettent en évidence un effet bénéfique sur les angoisses ainsi que sur le sentiment de maîtrise de soi et des événements se déroulant en salle de naissance [25].

MATERIEL, METHODE ET RESULTATS

1. NORMES REDACTIONNELLES

Une revue de la littérature a pour but de réaliser une synthèse des données déjà existantes et validées scientifiquement. Son objectif est d'apporter une nouvelle vision de la problématique en regroupant différentes données [28]. La démarche proposée consiste à identifier les niveaux de preuve scientifique fournis par la littérature et à formaliser des recommandations prenant en compte les informations fournies.

Ainsi quatre étapes sont analysées [29] :

- L'identification des informations
- La sélection des articles à étudier
- L'analyse des articles
- La synthèse de la littérature et la rédaction des recommandations.

Dans ce travail, les sites de recherches utilisés sont les suivants : Cochrane, Pubmed, Google scholar et EM consult.

2. STRATEGIE DE RECHERCHE

La sélection des mots-clés est primordiale, cela permet d'obtenir un maximum d'études validées scientifiquement en rapport avec le sujet. Le choix des études a été réalisé de la manière décrite en *Figure 1* issue du guide de l'analyse de la littérature et gradation des recommandations de l'HAS [29]. Dans cette recherche, les mots clés suivants ont été sélectionnés : autohypnose, travail, accouchement, douleur, péridurale, hypnosis, labor, delivery, pain, epidural.

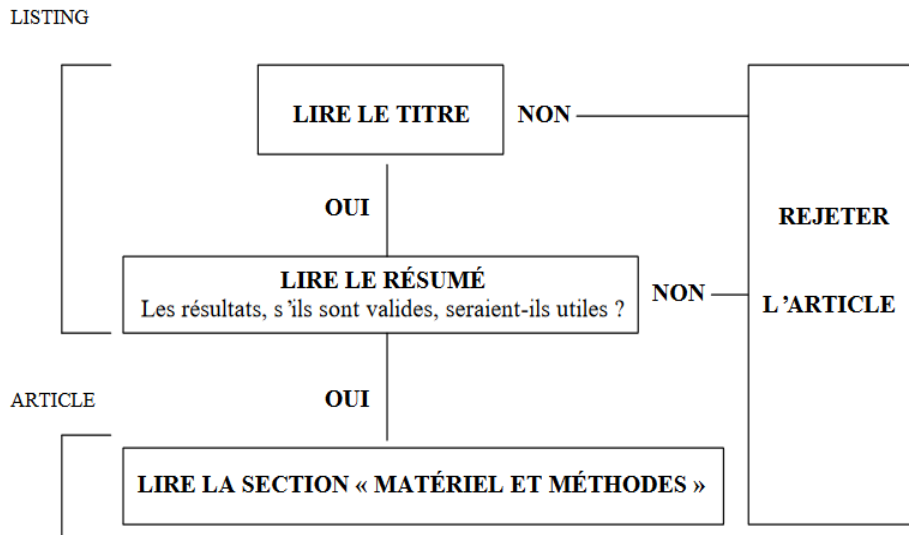


Figure 1 : Les premières étapes de sélection d'un article médicale

Le recueil de donnée s'est fait grâce à une grille de lecture présentée en Annexe 1.

3. METHODOLOGIE

3.1. Problématique

En quoi la préparation à la naissance par l'hypnose impacte-t-elle sur la gestion de la douleur du travail et de l'accouchement en 2018 ?

3.2. Les objectifs

3.2.1. L'objectif principal

Evaluer l'impact de l'hypnose sur la douleur du travail et de l'accouchement à l'aide d'une revue de la littérature en 2018.

3.2.2. Les objectifs secondaires

- Décrire l'utilisation de l'autohypnose en cours de travail et de l'accouchement.
- Analyser la gestion de la douleur du travail et de l'accouchement des femmes pratiquant l'autohypnose.

3.3. Les hypothèses

H1 : L'hypnose permet une meilleure gestion de la douleur ;

H2 : La pratique de l'autohypnose diminue le taux de péridurale ;

H3 : Les femmes ayant été préparées grâce à l'hypnose utilisent l'autohypnose lors du travail.

3.4. Les critères

3.4.1. Le critère de jugement principal

Evaluation globale de la douleur des contractions utérines pendant le travail et l'accouchement en cas d'utilisation d'autohypnose.

3.4.2. Les critères de jugement secondaires

Le nombre de femmes pratiquant l'autohypnose en cours de travail ;

Le taux de péridurale des femmes utilisant l'autohypnose.

3.5. Présentation des études choisies et résultats

3.5.1. Etude A

« L'hypnose dans la prise en charge de la douleur pendant le travail. »

Madden K, Middleton P, Cyna A, Matthewson M, Jones L.

19 mai 2016

Une équipe de chercheurs a effectué des recherches dans le registre d'essais cliniques du groupe Cochrane sur la grossesse et la naissance. Ils ont inclus neuf essais, randomisés sur un total de 2 954 femmes.

L'objectif

Examiner l'efficacité et l'innocuité de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement.

Les résultats

Dans la comparaison principale, les femmes du groupe hypnose étaient moins susceptibles d'utiliser des moyens pharmacologiques de soulagement de la douleur ou des analgésiques que celles des groupes témoins. Cependant, il n'y avait aucune différence significative entre les femmes des deux groupes quant au sentiment de pouvoir gérer le travail, l'accouchement spontanée par voie basse et la satisfaction quant au soulagement de la douleur.

Les auteurs en ont conclu qu'il n'existe qu'un nombre limité d'études évaluant l'utilisation de l'hypnose pour le travail et l'accouchement. L'hypnose peut réduire le recours global à

l'analgésie pendant le travail, mais pas le recours à la péridurale. Les preuves pour la comparaison principale ont été évaluées au moyen de la méthode GRADE comme étant de faible qualité pour tous les critères de jugement principaux. Actuellement, il n'existe pas suffisamment de preuves concernant la satisfaction quant au soulagement de la douleur ou le sentiment de pouvoir gérer le travail. Des recherches supplémentaires sont nécessaires sous la forme de larges essais contrôlés randomisés bien conçus pour évaluer si l'hypnose est utile pour la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement.

3.5.2. Etude B

« Antenatal self-hypnosis for labour and childbirth: a pilot study. »

Cyna AM, Andrew MI, McAuliffe GL.

Aout 2006

Dans cette étude, les chercheurs ont utilisé la formation prénatale dans l'autohypnose pendant plus de trois ans comme un outil de relaxation et d'analgésie pour les femmes en travail. Ils ont comparé deux groupes : 77 femmes formées à l'autohypnose à 3 249 femmes non formées, appariées par la parité et l'âge gestationnel.

L'objectif

Evaluer les effets de la formation à l'autohypnose des femmes en travail sur le taux de péridurale.

Les résultats

Parmi les femmes qui utilisaient l'autohypnose prénatale, les parturientes nullipares avaient moins recours à la péridurale que le groupe témoin associé (36% pour le groupe formé à l'hypnose contre 53% pour le groupe témoin apparié). On notait aussi une augmentation de la dose analgésique moins importante dans le groupe « *hypnose* » (18% contre 36% pour le groupe témoin).

L'étude conclut à un bénéfice de l'utilisation de l'hypnose lors du travail et de l'accouchement, en accord avec les autres méta-analyses. Des essais randomisés avec une meilleure puissance sont nécessaires pour mieux comprendre les effets de la préparation à la naissance par l'hypnose en vue du travail et de l'accouchement.

3.5.3. Etude C

« Antenatal hypnosis training and childbirth experience: a randomized controlled trial. »

Werner A, Ulbjerg N, Zachariae R, Wu CS, Nohr EA.

27 novembre 2012

Les chercheurs ont réalisé un essai randomisé, contrôlé et en simple aveugle sur un total de 1 222 femmes nullipares.

L'objectif

Estimer l'utilisation de l'analgésie péridurale et la douleur ressentie pendant l'accouchement après une formation prénatale en autohypnose.

Les résultats

L'étude a été divisée en 3 groupes :

- un groupe d'hypnose recevant trois leçons d'autohypnose d'une heure avec des enregistrements supplémentaires pour faciliter l'accouchement
- un groupe de relaxation recevant trois leçons d'une heure, entretenues par des enregistrements audios pour une formation complémentaire
- et un groupe de soins habituels recevant des soins prénataux ordinaires uniquement.

Le critère secondaire incluait la douleur autodéclarée. Il n'y avait pas de différence entre les groupes dans l'utilisation de l'analgésie péridurale (31.2% dans le groupe hypnose, 29.8% dans le groupe relaxation, 30.0% dans le groupe témoin). Aucune différence statistique significative n'a été observée pour les mesures de douleurs autodéclarées. En conclusion, les auteurs suggèrent qu'avant de refuser l'autohypnose comme méthode de soulagement de la douleur, d'autres études sont justifiées en mettant l'accent sur des sous-groupes plus spécifiques à définir.

3.5.4. Etude D

« Complementary and alternative therapies for pain management in labour. »

Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA.

18 octobre 2006

Il s'agissait d'une revue de la littérature dont les recherches ont été effectuées dans le registre des essais cliniques du groupe Cochrane sur la grossesse et la naissance (février 2006), le registre Cochrane des essais contrôlés (The Cochrane Library 2006, numéro 1), MEDLINE (de 1966 à février 2006), EMBASE (de 1980 à février 2006) et CINAHL (de 1980 à février 2006).

Les critères d'inclusion comprenaient toutes les femmes, qu'elles soient primipares ou multipares, en travail spontané ou déclenché, quel que soit le stade du travail. Au total, 14 essais ont été inclus sur 1 537 femmes utilisant différentes modalités de prise en charge de la douleur. Cinq essais ont été retenus sur l'hypnose avec une population de 729 femmes.

L'objectif

Examiner les effets des thérapies alternatives et complémentaires pour la prise en charge de la douleur pendant le travail sur la morbidité maternelle et périnatale.

Les résultats

Les femmes auxquelles l'autohypnose avait été enseignée ont présenté une diminution des besoins d'analgésie pharmacologique (RR 0,53, IC à 95 % 0,36 à 0,79, cinq essais, 749 femmes) y compris l'analgésie péridurale (RR 0,30, IC à 95 % 0,22 à 0,40) et elles étaient davantage satisfaites de leur prise en charge de la douleur pendant le travail par rapport aux témoins (RR 2,33, IC à 95 % 1,15 à 4,71, un essai).

Les auteurs concluaient que l'hypnose peut être bénéfique pour la prise en charge de la douleur pendant le travail, cependant, le nombre de sujets étudiés était faible impliquant ainsi un biais de puissance.

3.5.5. Etude E

« Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour. »

Finlayson K, Downe S, Hinder S, Carr H, Spiby H, Whorwell P.

25 septembre 2015

L'étude a été réalisée dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé d'autohypnose pour soulager la douleur intra-partum. Elle a été menée sous forme d'entretiens qualitatifs avec des femmes randomisées. Le volet d'intervention consistait en 2 séances d'autohypnose prénatales et un CD de soutien que les femmes étaient encouragées à écouter quotidiennement à partir de 32 SA jusqu'à la naissance de leur bébé. Celles qui étaient d'accord ont été interrogées chez elles 8 à 12 semaines après la naissance. Sur les 343 femmes du groupe d'intervention, 48 ont été invitées à être interviewées et 16 ont été interrogées sur une période de 12 mois entre février 2012 et janvier 2013.

L'objectif

Explorer les opinions et les expériences des femmes formées à l'autohypnose dans le cadre du travail et de l'accouchement.

Les résultats

La plupart des personnes interrogées ont rapporté des expériences positives d'autohypnose et ont souligné des sentiments de calme, de confiance et d'autonomisation. Ils ont trouvé l'intervention bénéfique et ont utilisé une gamme de stratégies novatrices pour personnaliser leur pratique de l'autohypnose. Parfois, les femmes ont déclaré se sentir frustrées ou déçues lorsque leur état détendu a été mal interprété par les sages-femmes lors de leur admission ou lorsque leurs expériences de travail et de naissance ne correspondaient pas à leurs attentes. La conclusion de cette étude souligne l'importance de la reconnaissance des professionnels de santé dans les maternités vis-à-vis des femmes utilisant cette technique. Le comportement du professionnel pouvant parfois être un obstacle à la mise en place du climat de relaxation visé par l'autohypnose.

3.5.6. Etude F

« Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: a randomised controlled trial of clinical effectiveness. »

Downe S, Finlayson K, Melvin C, Spiby H, Ali S, Diggle P, et al.

Aout 2015

La population de cette étude était définie par les critères suivant : femme, nullipare, n'ayant pas de césarienne programmée, sans traitement pour l'hypertension et sans maladie psychologique. Les chercheurs ont réalisé une randomisation à 28-32 semaines entre deux groupes, l'un témoin, avec un suivi habituel, l'autre avec une brève formation d'autohypnose en plus (deux séances de 90 minutes à environ 32 et 35 semaines de gestation, CD d'autohypnose à écoute quotidienne). Au total 680 femmes ont été randomisées.

L'objectif

Etablir l'effet de l'autohypnose prénatale de groupe pour les femmes nullipares sur l'utilisation de la péridurale intra-partum.

Les résultats

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans l'utilisation de la péridurale : 27,9% dans le groupe témoin, 30,3% dans le groupe formé à l'autohypnose. Les femmes du groupe formées à l'autohypnose avaient des niveaux de peur et d'anxiété plus faibles que prévus entre le début et la deuxième semaine post-natale : anxiété (différence moyenne -0,72, IC à 95% -1,16 à -0,28, p = 0,001), peur (différence moyenne -0,62, IC à 95% -1,08 à -0,16, p = 0,009).

En conclusion, la participation à des séances d'autohypnose de groupe au cours du deuxième trimestre n'a pas réduit de façon significative l'utilisation de l'analgésie péridurale intra-partum

ou toute une gamme d'autres variables cliniques et psychologiques. L'impact de l'anxiété et de la peur des femmes à l'égard de l'accouchement doit faire l'objet d'une enquête plus approfondie.

3.5.7. Etude G

« Hypnosis antenatal training for childbirth: a randomised controlled trial. »

Cyna AM, Crowther CA, Robinson JS, Andrew MI, Antoniou G, Baghurst P.

Septembre 2013

L'étude est un essai clinique randomisé mené de décembre 2005 à décembre 2010. La population comprend une cohorte de 448 femmes dont l'âge gestationnel est supérieur à 34 semaines de gestation, présentant une grossesse singleton en présentation céphalique sans césarienne programmée. Toutes les participantes à l'étude ont bénéficié d'un suivi classique. Elles ont ensuite été divisées en trois groupes : le premier est le groupe de femmes nommé « *hypnose + CD* » (hypnothérapeute guidé) s'est vu offrir trois séances d'hypnose prénatale en direct, plus le CD audio correspondant à chaque séance pour la pratique ultérieure, ainsi qu'un quatrième CD final à écouter pendant le travail. Le deuxième est le groupe « *CD* », elles n'ont reçu que les CD du groupe n°1 mais pas la formation en hypnose directe. Le troisième est le groupe « *témoin* » qui n'a reçu ni l'un ni l'autre.

L'objectif

Déterminer l'utilisation de l'analgésie pharmacologique lors de l'accouchement lorsque l'hypnose prénatale est ajoutée aux soins standards.

Les résultats

Les auteurs n'ont constaté aucune différence dans l'utilisation de l'analgésie pharmacologique pendant le travail et l'accouchement. Ici la comparaison des groupes « *hypnose + CD* » et « *CD* » : 81,2 contre 76,2%, RR 1,07, intervalle de confiance 95%, IC 95% 0,95-1,20). La comparaison du groupe « *CD* » et « *témoin* » : 76,9 contre 76,2%, RR 1,01, IC à 95% 0,89-1,15.

Les auteurs ont conclu que la formation en autohypnose des parturientes pour l'accouchement en fin de grossesse ne réduit pas l'utilisation de l'analgésie pharmacologique pendant le travail et l'accouchement.

DISCUSSION

1. LA GESTION DE LA DOULEUR

Les contractions utérines provoquent une douleur très aigüe et très intense. On cherche à savoir si l'hypnose peut être une réponse efficace à cette douleur spécifique. L'étude A a pour objectif de démontrer « *l'efficacité et l'innocuité de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement* ». Une moindre utilisation de produits de type antalgique pendant le travail a été mise en évidence. Mais aucune différence sur l'utilisation de la péridurale n'a pu être relevée. Cependant les chercheurs soulèvent aussi la difficulté d'obtenir un haut niveau de preuve scientifique pour ce type d'étude qualitative. En effet, il est complexe de quantifier un ressenti ou une émotion, même avec une échelle visuelle analogique de la douleur car la réponse donnée est liée au ressenti de la patiente. Cette difficulté pour traduire la douleur en donnée quantifiable diminue la qualité de preuve scientifique de l'étude.

Le cœur de l'étude C est basé sur l'utilisation de la péridurale sous autohypnose, un des objectifs secondaires de l'étude traite l'effet de l'autohypnose sur la douleur déclarée par les parturientes. Pour les auteurs, M. Werner et ses associés, aucune différence statistique n'a pu être mise en lumière entre les trois groupes étudiés (un groupe « *hypnose* », un groupe « *relaxation* » et un groupe « *témoin* ») en matière de douleur autodéclarée. Ils relativisent tout de même leurs résultats. Ils suggèrent que l'autohypnose ne devrait pas être récusée comme technique analgésique avant d'avoir mené d'autres études, plus larges en mettant l'accent sur des sous-groupes plus spécifiques.

L'étude D est une revue de la littérature incluant une large population de parturientes. L'étude de M. Smith balaye aussi un éventail très large de méthode d'analgésies alternatives dans le cadre du travail et de l'accouchement. L'autohypnose est la part la plus importante traitée dans l'analyse. Pour eux, l'autohypnose est efficace sur tous les points, à savoir : une moindre utilisation de produits pharmacologiques, ainsi qu'une meilleure satisfaction concernant la prise en charge de la douleur. Les auteurs en concluent logiquement à une efficacité de l'autohypnose mais nuancent leurs résultats en soulignant le manque de puissance dû à une faible population totale étudié (729 femmes).

Les études sur le thème de l'efficacité de l'autohypnose dans le cadre du travail et de l'accouchement sont rares et se contredisent. C'est un sujet qui nécessite un important approfondissement notamment en augmentant les populations étudiées et en harmonisant les techniques de formation à l'autohypnose. Compte tenu des indécisions et des remises en question des auteurs, on ne peut donc, en l'état actuel de la littérature, ni confirmer, ni infirmer l'hypothèse H1 : l'hypnose permet une meilleure gestion de la douleur. L'affirmation de cette hypothèse est dépendante de l'apparition de nouvelles études plus importantes sur le sujet.

2. PRATIQUE DE L'AUTOHYPNOSE ET TAUX D'ANALGESIE PERIDURALE

L'analgésie péridurale est actuellement très répandue en France. Elle est rentrée dans les mœurs de la pratique de l'accouchement : 78.1% des femmes qui ont accouché en France en 2010 ont bénéficié de la péridurale [31]. Il est donc intéressant de savoir si la pratique de l'autohypnose diminue ce taux ou retarde la mise en place de cette technique d'analgésie. L'étude B a le même objectif que l'hypothèse numéro 2, à savoir « *évaluer les effets de la formation à l'autohypnose des femmes en travail sur le taux de péridurale* ». Ils ont montré un bienfait de l'autohypnose dans la diminution du taux de péridurale. Dans leur étude, les doses utilisées dans l'analgésie péridurale étaient moins importantes pour le groupe « *hypnose* ». Mais les auteurs dénoncent le manque de puissance de leur étude et prônent la mise en œuvre d'autres études de meilleure puissance afin d'être plus précis sur l'impact de la préparation à l'autohypnose pendant le travail et l'accouchement.

L'étude C a pour objectif d'« *estimer l'utilisation de l'analgésie péridurale et la douleur ressentie pendant l'accouchement après une formation prénatale en autohypnose* ». Trois groupes ont été définis : un groupe « *hypnose* », un groupe « *relaxation* » et un groupe « *témoin* ». Les résultats obtenus par l'équipe de M. Werner ne sont pas favorables à une efficacité démontrée concernant un taux de péridurale diminué entre les groupes « *hypnose* » et « *relaxation* » et le groupe « *témoin* ». A nouveau les auteurs proposent de réaliser d'autres études sur le sujet en subdivisant les sujets d'étude en des sous-groupes plus spécifiques.

L'étude F se concentre sur les femmes nullipares et tente « *d'établir l'effet de l'autohypnose prénatale de groupe sur l'utilisation de la péridurale intra-partum* ». M. Downe et ses collègues n'ont pas trouvé de différence significative entre le groupe témoin et le groupe formé à l'autohypnose. Ils ont même retrouvé des résultats inverses à ce qu'ils attendaient. En effet, le taux de péridurale est très légèrement supérieur chez les femmes primipares formées à l'autohypnose. Les autres critères cliniques ou psychologiques ne varient entre les deux groupes. En conclusion, les auteurs suggèrent un approfondissement des travaux sur l'anxiété et la peur des femmes primipares à l'égard de l'accouchement et du travail.

L'étude G englobe l'analgésie péridurale dans un domaine plus large : l'analgésie pharmacologique. L'étude a séparé sa population en trois groupes : un groupe « *hypnose + CD* », un groupe « *CD* » et le groupe témoin. Les résultats trouvés par l'équipe de Mme Cyna n'établissent aucune différence significative entre les groupes de l'étude quant à l'emploi d'analgésie pharmacologique. On note tout de même un très léger bénéfice au groupe « *hypnose + CD* » mais c'est un écart insuffisant pour établir un niveau de preuve fiable. Les auteurs ont conclu de manière plus tranchée que les précédentes études, et stipulent que la formation en autohypnose des parturientes pour l'accouchement en fin de grossesse ne réduit pas l'utilisation de l'analgésie pharmacologique pendant le travail et l'accouchement.

Pour conclure, les résultats des études mêlant la formation à l'autohypnose et l'analgésie péridurale se contredisent : l'étude B valide l'hypothèse H2, la pratique de l'autohypnose diminue le taux de péridurale, alors que les études C, F et G l'infirmes plus ou moins catégoriquement. Ces contradictions expriment bien la nécessité de continuer à travailler sur ce sujet afin de mieux préciser le cadre d'utilisation de l'autohypnose. Le taux d'utilisation de péridurale est un chiffre que l'on peut comptabiliser et qui est plus facilement quantifiable que le ressenti de la douleur, plus subjectif, phénomène déjà constaté dans H1. Les futurs auteurs pourront peut-être commencer par des études semi-quantitatives où l'on peut évaluer la douleur par des indices liés directement à celle-ci.

3. LES FEMMES AYANT ETE PREPAREE GRACE A L'HYPNOSE ET SON UTILISATION LORS DU TRAVAIL

Aucune étude n'évoque directement le sujet de l'utilisation des connaissances apprises lors des séances de préparation à l'autohypnose en salle de travail ou pendant l'accouchement. Mais l'objectif de l'étude E s'en approche beaucoup. Il s'agit d'« *explorer les opinions et les expériences des femmes formées à l'autohypnose dans le cadre du travail et de l'accouchement* ». L'étude de M. Finlayson et ses associés est une étude qualitative qui travaille surtout sur le ressenti des parturientes. Les patientes ayant bénéficié de préparation à l'autohypnose relatent une sensation de calme, de sérénité et l'impression d'être plus investie dans leur accouchement. Chacune a réussi à intégrer dans la gestion de son stress et de son anxiété la pratique de l'hypnose à sa manière et l'a adaptée à ses besoins propres. Il y a une véritable appropriation personnelle de la technique d'autohypnose. Les difficultés rencontrées l'ont souvent été par des professionnels qui n'ont pas reconnu l'utilisation de cette technique par les parturientes.

Cette problématique soulève aussi le défaut d'information des professionnels de santé en salle de naissance sur les différentes techniques alternatives utilisées par les parturientes en salle de travail. Pour conclure, l'hypothèse H3 concernant l'utilisation de l'autohypnose par les patientes formées est validée. Même si cela est à nuancer compte tenu du biais sur le nombre d'études disponibles traitant de ce sujet très précis. Il est à nouveau nécessaire de continuer à travailler sur cette nouvelle approche de l'hypnose afin d'en définir des contours plus nets, tout en formant et surtout en informant les professionnels de santé de la femme sur l'autohypnose.

4. DES PERSPECTIVES D'AVENIR

Nous avons vu que les études se contredisent. Il existe des biais sur plusieurs points qui doivent être pris en compte pour de futures études plus probantes et efficaces.

Le nombre insuffisant de sujets inclus entraîne un manque de puissance des études qui ne permettent pas toujours de statuer de manière significative pour les auteurs. Une étude de grande envergure devrait être menée dans l'avenir pour pouvoir poser les hypothèses et y répondre de manière éclairée.

Pour ma part, j'aurais souhaité interroger directement les patientes préparées pour avoir leur ressenti et l'affiner. Cela a été le thème de mon travail de recherche de départ, mais une réponse tardive et négative du CPP m'a obligé à me tourner vers une revue de la littérature. Interroger directement les femmes pratiquant l'hypnose et l'autohypnose reste néanmoins quelque chose qui me tient à cœur et que je mettrais certainement en œuvre par la suite. Et pourquoi pas lors du DIU d'hypnose que je souhaite suivre dans un avenir proche ?

L'hypnose, lors de la formation initiale et lors de formations continues, doit être appréhendée de manière à casser les clichés et les représentations des professionnels de santé ou à défaut, des fiches de présentation pourraient leur être proposées. Les femmes se préparent à l'accouchement de manières de plus en plus variées et la compréhension des professionnels qui les accompagnent à ce moment est un gage de réussite.

La sage-femme a toute sa place dans l'utilisation de cette technique qui permet de mieux gérer le stress et l'anxiété qui peuvent exister lors du travail et de l'accouchement. C'est de plus une manière simple et non pharmacologique de prendre en charge les parturientes préparées lors de la grossesse. La sensibilisation à cette technique dès la formation initiale serait un atout pour le respect du choix de cette méthode pour la parturiente.

CONCLUSION

Le travail et l'accouchement sont des étapes singulières dans la vie d'une femme. De nombreuses peurs et appréhensions entourent cet évènement, notamment la connotation douloureuse de ces deux phases qui concluent la grossesse. Afin de prendre en charge cela, le corps médical a tenté d'y répondre par la création de la préparation à la naissance qui a subi de maintes évolutions avant de devenir ce qu'elle est aujourd'hui, une préparation à la naissance mais aussi à la parentalité. Les sages-femmes ont un rôle prépondérant dans l'accompagnement des femmes tout au long de leur grossesse. En cette qualité, ce sont elles seules qui disposent des séances de PNP. Au fil du temps, de nombreuses variantes de séances sont apparues : piscine, sophrologie ou encore l'hypnose. C'est ce dernier thème qui est exploré dans cette revue de la littérature dont l'objectif est d'évaluer l'impact de l'hypnose sur la douleur du travail et de l'accouchement en 2018. La problématique en a été la suivante : en quoi la préparation à la naissance par l'hypnose impacte-elle sur la gestion de la douleur du travail et de l'accouchement en 2018 ?

Au départ, plusieurs hypothèses ont été posées : H1 : L'hypnose permet une meilleure gestion de la douleur ; H2 : La pratique de l'autohypnose diminue le taux de péridurale ; H3 : Les femmes ayant été préparées grâce à l'hypnose utilisent l'autohypnose lors du travail. Elles ont permis d'orienter les recherches et de définir les mots-clés nécessaires à celle-ci. La revue de la littérature est composée de sept études explorant les différentes hypothèses posées en amont. Le nombre d'études traitant précisément de ce sujet et d'une qualité scientifique acceptable, sont très réduites. Les résultats obtenus sont mitigés. Pour l'hypothèse H1, on peut conclure à une efficacité limitée nécessitant plus d'approfondissement. L'hypothèse H2, on note des études prouvant une efficacité et d'autres études qui concluent le contraire. Mais il y existe un point commun entre ces études : leur manque de puissance et le nombre trop faible de populations étudiées. L'hypothèse H3 soutient une réponse qualitative. Aucune étude précise ne répond exactement à l'hypothèse mais certaines s'en approchent. Malgré cela cette étude démontre une certaine assiduité dans l'utilisation pour des patientes formées à l'hypnose. Elle relève surtout un manque de connaissance et d'ouverture sur cette pratique des professionnels de santé présent dans les services de bloc obstétrical.

L'utilisation de l'autohypnose en salle de naissance est une méthode nouvelle. Elle nécessite encore de nombreuses études afin de pouvoir prouver une réelle efficacité dans ce domaine. Les sages-femmes doivent y être sensibilisées afin de pouvoir laisser libre cours à cette pratique et ne pas nuire à sa mise en place par les patientes formées. En ce sens, elles ont un grand rôle à jouer dans la promotion et la formation de cette nouvelle technique ainsi que dans les recherches menées sur ce sujet. Les sages-femmes doivent être au cœur de la diffusion de ce moyen non invasif de lutte contre la douleur.

BIBLIOGRAPHIE

1. Campus CERIMES. Modifications physiologiques de la grossesse [Internet]. 2011 [cité 21 juin 2018]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/modificationsphysiologiques/site/html/cours.pdf>
2. About kids health. Les étapes du travail et de l'accouchement [en ligne]. (consulté le 18/07/2018) disponible sur : <https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=399&language=French>
3. Petit I, Fellman N, Dupechot M, De Gasquet B, Maitre C. Sport et maternité [Internet]. Les cahier du pôle; 2010 [cité 28 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.sports.gouv.fr/IMG/archives/pdf/sport-mater4-2.pdf>
4. Campus CERIMES. Le travail : mécanique obstétricale surveillance partogramme (Premier et deuxième temps de la deuxième étape du travail) [Internet]. 2011 [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/media/disquemiroir/2015-06-09/UNF3Smiroir/sahel/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-travailmecanisme.pdf>
5. Campus CERIMES. Historique de la préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. UVMaf. 2011 [cité 9 juill 2018]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/pnp/site/html/1.html>
6. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [Internet]. France: Haute autorité de santé; 2006 mai p. 56. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
7. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. BMC Pregnancy Childbirth. 30 oct 2015;15:284.
8. Devin L. La préparation à la naissance et à la parentalité. Etude qualitative à partir de 7 entretiens de femmes. [Internet] [Mémoire de sage-femme]. [Nantes]: Université de Nantes; 2010 [cité 18 mai 2017]. Disponible sur: <archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/880b3301-7977-4868-b174-f565f90fde4b>
9. Qu'est-ce que l'hypnose ? - Définition de l'hypnose [Internet]. [cité 20 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.hypnose.fr/hypnose/definition-hypnose/>

10. Erickson M, Rossi E. Innovations en hypnothérapie, l'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose. SATAS-LE GERME. Vol. 4. Bruxelles; 2000. 720 p.
11. Institut Français d'hypnose Humaniste et Ericksonienne. L'hypnose, s'informer [Internet]. 2018 [cité 11 févr 2018]. Disponible sur: <http://hypnose-ericksonienne.com/fr/sinformer/lhypnose/>
12. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose [Internet]. France: INSERM; 2015 juin [cité 8 mai 2017] p. 213. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf
13. Cyna AM, Andrew MI, McAuliffe GL. Antenatal self-hypnosis for labour and childbirth: a pilot study. *Anaesth Intensive Care*. août 2006;34(4):464 - 9.
14. Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, Wu CS, Nohr EA. Antenatal hypnosis training and childbirth experience: a randomized controlled trial. *Birth*. déc 2013;40(4):272 - 80.
15. Legrand F, Grévin-Laroche C, Josse E, Polidori G, Quinart H, Taïar R. Effects of hypnosis during pregnancy: A psychophysiological study on maternal stress. *Med Hypotheses*. mai 2017;(102):123- 7.
16. Guittier M-J. Présentation foetale en siège en fin de grossesse : effet des interventions et des attitudes professionnelles sur le vécu des femmes [Internet] [Thèse de doctorat]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2013 [cité 9 mai 2017]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/prive/DDOC_T_2013_0193_GUITTIER.pdf
17. Bioy A, Wood C, Célestin-Lhopiteau I. II. L'HYPNOSE : UNE APPROCHE VALIDÉE SCIENTIFIQUEMENT [Internet]. 2010 [cité 7 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/E%20BARBIER1.pdf>
18. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. In: *The Cochrane Library* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2006 [cité 10 mai 2018]. Disponible sur: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003521.pub2/full>
19. Célestin-Lhopiteau I, Bioy A. Aide-mémoire - Hypnoalgésie et hypnosédation: en 43 notions. Dunod; 2014. 348 p.

20. Rongvaux S, Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz. Place de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement [Internet] [Mémoire de sage-femme]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2004 [cité 8 mai 2017]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2004_RONGVAUX_SOPHIE.pdf
21. Finlayson K, Downe S, Hinder S, Carr H, Spiby H, Whorwell P. Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour. *BMC Pregnancy Childbirth*. 25 sept 2015;15:229.
22. Beevi Z, Low WY, Hassan J. Impact of Hypnosis Intervention in Alleviating Psychological and Physical Symptoms During Pregnancy. *Am J Clin Hypn*. avr 2016;58(4):368-82.
23. Jackson P. Hypnosis for birthing--A natural option: Part 2. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*. 2003;112-22.
24. Gille E, Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz. L'hypnose est-elle un recours contre les peurs de l'accouchement ? [Internet] [Mémoire de sage-femme]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2014 [cité 8 mai 2017]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2014_GILLE_ELODIE.pdf
25. Madden K, Middleton P, Cyna A, Matthewson M, Jones L. L'hypnose dans la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement | Cochrane [Internet]. 2016 [cité 11 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD009356/lhypnose-dans-la-prise-en-charge-de-la-douleur-pendant-le-travail-et-laccouchement>
26. Downe S, Finlayson K, Melvin C, Spiby H, Ali S, Diggle P, et al. Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: a randomised controlled trial of clinical effectiveness. *BJOG*. août 2015;122(9):1226-34.
27. Larousse É. Définitions : ressentir - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 20 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ressentir/68722>
28. Marques C, Blouin P. Diagnostic anténatal de neuroblastome : le ressenti des parents et des médecins [Internet] [Thèse de médecine]. [Tours]: Université François-Rabelais; 2012 [cité 8 mai 2017]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2012_Medecine_MarquesCecilia.pdf
29. HAL, Dumez H. Faire une revue de la littérature : pourquoi et comment ? [Internet]. 2012 [cité 9 mai 2018]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00657381/document>

30. ANAES. GUIDE D'ANALYSE DE LA LITTÉRATURE ET GRADATION DES RECOMMANDATIONS [Internet]. HAS; 2000 [cité 9 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>
31. Cyna AM, Crowther CA, Robinson JS, Andrew MI, Antoniou G, Baghurst P. Hypnosis antenatal training for childbirth: a randomised controlled trial. *BJOG*. sept 2013;120(10):1248- 59; discussion 1256-1257.
32. INSERM, DREES, DGS. Accoucher en France : les derniers chiffres de l'enquête périnatale [Internet]. Gynger; 2016 [cité 20 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.gynger.fr/accoucher-en-france-les-derniers-chiffres-de-lenquete-perinatale/>

ANNEXES

ANNEXE I

	Qualité	Oui	Non
Titre	Court		
	Clair		
Résumé	Court		
	Clair		
	Explicatif		
Introduction	Informative		
	Descriptif du contexte		
	Objectif énoncé		
Matériels et Méthodes	Précis dans la démarche		
	Type d'étude menée décrit		
Résultats	Résultats précis		
	Résultats objectifs		
	Résultats cohérents		
	But du travail atteint		
Discussion	Résultats synthétisés		
	Résultats comparés		
	Résultats critiqués		
	Ouverture du travail		
Bibliographie	Respectueuse des normes		
	Étayée		
	Exacte		

Tanti M, Hupin C, Boutin J-P, Hassanaly P. Un modèle de grille d'analyse des documents scientifiques : application à la veille sanitaire de défense, Abstract, Zusammenfassung, Resumen. Documentaliste-Sciences de l'Information. 18 mars 2010;47(1).

Revue de la littérature sur la préparation à la naissance par l'hypnose dans la gestion de la douleur, du travail et de l'accouchement en 2018.

Introduction : Alors que le taux de péridurale est en constante augmentation, de plus en plus de femmes, afin de gérer la douleur du travail et de l'accouchement se tournent vers des préparations à la naissance et à la parentalité alternatives. C'est ainsi que l'hypnose connaît un bel essor et qu'est né la problématique suivante : En quoi la préparation à la naissance par l'hypnose impacte-t-elle la gestion de la douleur, du travail et de l'accouchement ? L'objectif a été d'évaluer l'impact de l'hypnose sur la douleur du travail et de l'accouchement ainsi que de décrire l'utilisation de l'autohypnose en cours de travail et de l'accouchement et d'analyser la gestion de la douleur du travail et de l'accouchement des femmes pratiquant l'autohypnose. **Méthode :** Une revue de la littérature a été faite à partir de 7 études publiées entre 2006 et 2016. **Résultats :** Des résultats contradictoires entre les différentes études, du fait du manque de puissance, n'ont pas permis de statuer de manière significative sur l'impact de l'hypnose sur la gestion de la douleur et d'établir un lien avec un taux de péridurale plus bas. Cependant, les femmes pratiquant l'autohypnose le faisaient, pour la plupart d'entre elles, en cours de travail. On note des clichés au sujet de l'hypnose pour le professionnel de santé. **Conclusion :** Des études avec une plus grande puissance sur le ressenti des femmes devraient être menées pour statuer sur le réel impact de l'hypnose au cours du travail. Une plus grande sensibilisation des professionnels de santé travaillant en salle de naissance serait également pertinente.

Mots clés : Hypnose - Travail – Douleur - Sage-femme - Formation

Introduction : While the epidural rate is steadily increasing, more and more women, in order to manage the pain of labor and delivery is turning to alternative birth and parenting preparations. This is how hypnosis is booming. This is how the following problem was born: How does birth preparation through hypnosis affect the management of pain in labor and delivery? The aim was to evaluate the impact of hypnosis on pain in labor and delivery as well as to describe the use of self-hypnosis during labor and delivery and to analyze pain management of labor and delivery of women practicing self-hypnosis. **Method :** A review of the literature was made from 7 studies published between 2006 and 2016. **Results :** Conflicting results between the different studies, due to lack of power, did not make it possible to make a significant decision on impact of hypnosis on pain management and the link with a lower epidural rate. However, women practicing self-hypnosis did most of them while they were working. We have clichés about hypnosis for the healthcare professional. **Conclusion :** Studies with greater power and the feeling of women should be conducted to rule on the real impact of hypnosis during work. Greater awareness of health professionals working in the birth room would be relevant

Keywords : Hypnosis – Labor – Pain – Midwife – Training