

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ACCOMPAGNER L'ACCOUCHEMENT À L'AIDE DE L'HYPNOSE MÉDICALE

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

ÉMILIE DUMONT

DÉCEMBRE 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Cet essai doctoral souligne la fin d'un parcours rempli en défis et en émotions. C'est pourquoi, en guise de préambule, je tiens à souligner ma reconnaissance envers de nombreuses personnes qui m'ont accompagnée à travers ce parcours universitaire.

Tout d'abord, j'offre des remerciements particuliers à mes directeurs de recherche, Dr Ghassan El-Baalbaki et Dr David Ogez, qui m'ont donné cette merveilleuse opportunité et qui m'ont fait confiance dans le déroulement de cette étude. Merci pour votre accompagnement, ainsi que vos commentaires et vos conseils qui m'ont permis de compléter chaque section de ce manuscrit.

Par ailleurs, je tiens à remercier les nombreux collègues que j'ai croisés sur mon chemin que ce soit dans les cours de doctorat, les stages ou les internats. Vous m'avez conseillée et épaulée dans toutes les étapes de mon doctorat. Je vous remercie pour votre soutien moral et pour avoir partagé avec moi plusieurs beaux moments de plaisir et de rire. Les moments passés avec vous resteront en moi souvenir de bonheur et de gratitude. J'aimerais également offrir un merci particulier à mes collègues, Sabine Nahas et Anne-Laure Auger, qui ont toutes les deux contribué à ce projet de recherche. Cet essai doctoral n'aurait pu être complété sans votre précieuse contribution. Sachez que ce fut un réel plaisir de travailler avec vous.

J'aimerais remercier aussi mes amis, mon conjoint, ma famille et ma belle-famille qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de ces cinq années d'études. À mon conjoint, merci pour ta présence autant dans les bons moments que dans les périodes plus difficiles de mon parcours. Je te remercie de ton amour, et surtout d'avoir toujours cru en moi. À mes parents, vous avez alimenté mon ambition depuis mon enfance. Sans vous, je ne serais pas où je suis aujourd'hui. À mes amis, vous m'avez permis de me changer les idées et de pouvoir m'échapper quelque peu de mes études. Merci pour les moments de plaisir et pour votre écoute.

Pour terminer, je voudrais exprimer ma reconnaissance auprès des différents professionnels qui ont participé à cette étude. Votre participation était essentielle pour le développement et la complétion de ce projet de recherche. Votre souci du bien-être des femmes est remarquable.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	viii
RÉSUMÉ	x
ABSTRACT	xii
INTRODUCTION	1
1.1 Mise en contexte	1
1.2 Contexte théorique.....	2
1.2.1 Définition de l’hypnose	2
1.2.2 Historique de l’hypnose clinique.....	5
1.2.3 Fausses croyances	6
1.2.4 Attitudes et croyances des professionnels	8
1.2.5 Applications et effets de l’hypnose sur la douleur	9
1.2.6 Accouchement et douleur.....	11
1.2.7 Utilisation de l’hypnose durant la grossesse et l’accouchement	12
1.2.8 Sécurité de l’hypnose durant la grossesse et l’accouchement.....	14
1.2.9 Efficacité des interventions basées sur l’hypnose en contexte de grossesse et accouchement	15
1.2.10 Données qualitatives sur les effets des interventions basées sur l’hypnose en contexte de grossesse et accouchement	17
1.2.11 Comparaison des données qualitatives par rapport aux données quantitatives.....	19
1.3 Élaboration d’un programme de formation	20
1.3.1 Modèle ORBIT : Phase I.....	20
1.3.2 Contexte de la recherche : formation auprès des sages-femmes (choix du groupe cible) 21	
1.3.3 Description de la formation	22
1.4 Objectifs et questions de recherche.....	23
CHAPITRE 2 Article 1	25
2.1 Abstract.....	27
2.2 Introduction.....	28
2.3 Method	29

2.3.1	Search strategy.....	29
2.3.2	Selection criteria	29
2.3.3	Selection procedure and data extraction	30
2.3.4	Risk of bias assessment	30
2.4	Results.....	30
2.4.1	Study selection	30
2.4.2	Risk of bias assessment	32
2.4.3	Summary of clinical protocols and results	34
2.4.3.1	Effects on pregnancy	39
2.4.3.2	Effects on labor, delivery, and newborn health	40
2.4.3.3	Effects on postnatal life.....	42
2.4.3.4	Effects on satisfaction	43
2.5	Discussion	44
2.5.1	Limitations.....	46
2.6	Conclusion.....	47
CHAPITRE 3 Article 2		56
3.1	Résumé	57
3.2	Introduction	58
3.3	Méthodologie	60
3.3.1	Formation à l’hypno-naissance	60
3.3.2	Population	61
3.3.3	Procédure.....	62
3.3.4	Mesures.....	62
3.3.5	Analyses.....	63
3.4	Résultats	64
3.4.1	Participants.....	64
3.4.2	Évaluation du programme.....	65
3.5	Discussion	72
3.5.1	Limites de l’étude.....	76
3.6	Conclusions	77
CHAPITRE 4 DISCUSSION GÉNÉRALE		79
4.1	Article 1 : recension systématique	79
4.1.1	Résumé et interprétation des résultats	79
4.1.2	Forces et limites	80
4.1.3	Pistes de réflexion pour de futurs projets	82
4.2	Article 2 : étude d’acceptabilité.....	83

4.2.1	Résumé et interprétation des résultats	83
4.2.2	Forces et limites	84
4.2.3	Pistes de réflexion pour de futurs projets	85
	CONCLUSION	88
	ANNEXE A Preuve de publication (article 1)	89
	ANNEXE B Certificat d'éthique	90
	ANNEXE C Formulaire de consentement	92
	ANNEXE D Programme de formation	95
	ANNEXE E Questionnaire d'évaluation d'un programme de formation destiné aux sages-femmes 99	
	RÉFÉRENCES	104

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 Illustration du cercle vicieux de la peur-tension-douleur décrit par le Dr Grantly Dick-Read (1933)	13
Figure 2.1 Flow chart of study selection according to PRISMA	31
Figure 3.1 Flow chart de la sélection des participants à l'étude.....	64

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Results of assessment of methodological quality of the included studies	33
Tableau 2.2 Description of intervention studies included in the review	36
Tableau 2.3 / Supplementary Table S1 Article selection following full text review	48
Tableau 2.4 / Supplementary Table S2 Intervention descriptions of included studies	53
Tableau 3.1 Résumé du programme de formation à la communication hypnotique	61
Tableau 3.2 Codes et professions des participants.....	65
Tableau 3.3 Scores moyens au questionnaire complété par les participants de l'étude	66

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AFM : *Affectometer 2*

APA : *American Psychological Association*

BDI : *Beck Depression Inventory*

BSS-S : *Birth Satisfaction Scale-Short form*

DAS : *Dyadic Adjustment Scale*

EDS : *Edinburgh Depression Scale*

EPDS : *Edinburgh Postnatal depression Scale*

FRB : *Mother's feeling about their baby*

GHQ : *General Health Questionnaires*

GSE : *Generalized Self-Efficacy Scale*

LADSI : *Labor and Delivery Satisfaction Index*

MAS : *Taylor Manifest Anxiety Scale*

MSC : *Maternal Self-Confidence Scale*

MPQ : *McGill Pain Questionnaire*

NR : *Not Reported*

NRCT : *Non-randomized controlled trial*

NRS : *Numerical Rating Scale*

OSFQ : *Ordre des Sages-femmes du Québec*

OMS/WHO : *Organisation mondiale de la Santé / World Health Organisation*

ORBIT : *Obesity-Related Behavioral Intervention Trials*

PLD : *Perception of Labor and Delivery*

PSS : *Perceived Stress Scale*

RCT : *Randomized controlled trial*

SLE : *Satisfaction with Labor Experience Sub-Scale of Postpartum Self-Evaluation Questionnaire*

SWLS : *Satisfaction with Life Scale*

SOC : *Sense of Coherence Scale*

STAI : *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory*

TAU : *Treatment As Usual*

VAS : *Visual Analog Scale*

WHO-5 : *World Health organisation Well-Being Index -5*

W-DEQ : *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire*

RÉSUMÉ

La littérature scientifique montre que l'expérience de l'accouchement et la douleur associée peuvent créer de l'anxiété chez de nombreuses femmes au cours de leur grossesse. De plus, la médication de type analgésique peut avoir divers effets néfastes créant des préoccupations et des craintes face aux effets potentiels sur la mère et sur son nouveau-né. Des études rapportent d'ailleurs que l'analgésie épidurale pourrait priver la mère d'une expérience de naissance optimale. En ce sens, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnaît que la médicalisation du processus d'accouchement peut affecter la capacité d'une femme à donner naissance et pourrait avoir un impact négatif sur son expérience. De ce fait, l'OMS suggère que le modèle biomédical préconisé dans les sociétés industrialisées pourrait compromettre la capacité naturelle de la femme à donner naissance et pourrait générer un sentiment de perte de contrôle. Le projet de recherche actuel vise donc à étudier l'emploi d'une méthode complémentaire - l'hypnose - dans le contexte d'accompagnement à l'accouchement. L'utilisation de l'hypnose lors de l'accouchement est étudiée depuis déjà plusieurs décennies (dès les années 60), mais semble encore très peu utilisée par les soignants. Plusieurs limites peuvent expliquer ceci, tel que les coûts et l'accès limité aux connaissances. Ce projet de recherche visait ainsi à constater l'état de la recherche actuelle, puis à entamer le développement d'un programme de formation à la communication hypnotique destiné à des soignants.

Deux articles seront présentés dans cet essai. Le premier article avait comme objectif de documenter l'étendue de l'utilisation de l'hypnose au cours de la période périnatale (grossesse, accouchement et vie maternelle) sur la santé psychologique et physique des mères. Pour ce faire, une recension systématique de la littérature actuelle conduite par l'équipe de recherche sera présentée. Cette recension systématique visait à identifier les protocoles actuels impliquant l'utilisation de l'hypnose pendant la période périnatale et à examiner ses effets sur le bien-être des mères. Sept bases de données électroniques ont été consultées entre 1960 et le 1er avril 2021, à la recherche d'articles évaluant l'efficacité de l'hypnose pendant la période périnatale. Tous les essais contrôlés randomisés et les essais contrôlés non randomisés publiés évaluant l'efficacité de l'hypnose utilisée pendant la période périnatale avec des femmes adultes en bonne santé ont été inclus. La qualité des études incluses a été évaluée à l'aide du Risk Of Bias In Non-randomized Studies of Interventions ou du Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials. La sélection des articles, l'évaluation de la qualité méthodologique et l'extraction des données ont été effectuées par deux examinateurs indépendants. Vingt-et-un articles, correspondant à 16 études, répondaient aux critères d'inclusion. À l'exception de deux études, toutes les études incluses ont rapporté les bénéfices de la mise en place d'une intervention d'hypnose pendant la période périnatale. Cependant, des limitations méthodologiques relatives à la mise en œuvre de l'intervention et aux méthodes d'évaluation ont pu conduire à la variabilité observée des résultats entre les études. Ceci nous amène à suggérer l'utilisation d'une méthodologie plus standardisée dans la mise en place d'études futures. Cet article a été publié en 2023 dans l'*International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*.

Le second article présente la première phase du développement d'une formation à l'hypnose en contexte périnatale destiné aux sages-femmes. Pour ce faire, un programme de formation a été développé par notre équipe de recherche dans le but d'offrir une stratégie supplémentaire aux sages-femmes dans leur travail. Cet article présente les résultats d'une étude d'acceptabilité de ce programme de formation. L'objectif de cette étude était d'évaluer la pertinence et l'acceptabilité de notre programme de formation, ainsi que d'obtenir une rétroaction dans le but d'ajuster notre programme de formation. Par un échantillonnage de convenance, nous avons sollicité via courriel des professionnels œuvrant dans le domaine de l'obstétrique et de l'hypnose. Sept professionnels provenant des domaines de la psychologie, des soins infirmiers et de la médecine ont accepté de participer. Ces derniers étaient appelés à compléter un questionnaire incluant 93 questions, divisées en 4 thèmes, ainsi que des cases réservées à leurs commentaires et suggestions. L'analyse descriptive des résultats a révélé que le programme de formation destiné aux sages-femmes était pertinent tant dans son acceptabilité sociale, que dans son contenu ou dans les effets attendus. Les commentaires et suggestions soulevés par les professionnels dans le cadre de ce projet d'acceptabilité mèneront à l'ajustement et la précision du design de la formation qui sera proposée aux sages-femmes permettant d'entamer la seconde phase d'évaluation du programme.

Mots clés : Hypnose, périnatale, obstétrique, soignants, gestion de la douleur, bien-être, satisfaction, formation

ABSTRACT

Scientific literature shows that the experience of childbirth and the associated pain can create anxiety in many women during pregnancy. In addition, analgesic medication can have a variety of adverse effects, creating concerns and fears about the potential effects on the mother and her newborn. In fact, studies report that epidural analgesia may deprive the mother of an optimal birth experience. In this sense, the World Health Organization recognizes that the medicalization of the birthing process can affect a woman's ability to give birth and could have a negative impact on her experience. As such, the biomedical model advocated in industrialized societies could compromise a woman's natural ability to give birth and create a sense of loss of control. The current research project therefore aims to investigate the use of an alternative method - hypnosis - in the context of childbirth support. The use of hypnosis during childbirth has been studied for several decades (as early as the 60s), but still seems to be little used by caregivers. There are several reasons for this, such as cost and limited access to knowledge. The aim of this research project was to take stock of the current state of research, and then to begin developing a hypnotic communication training program for caregivers.

Two articles will be presented in this trial. The aim of the first article was to document the extent to which the use of hypnosis during the perinatal period (pregnancy, childbirth and maternal life) affects the psychological and physical health of mothers. To this end, a systematic review of the current literature conducted by the research team will be presented. The aim of this systematic review was to identify current protocols involving the use of hypnosis during the perinatal period, and to examine its effects on maternal well-being. Seven electronic databases were searched between 1960 and April 1, 2021, for articles evaluating the efficacy of hypnosis during the perinatal period. All published randomized controlled trials and non-randomized controlled trials evaluating the efficacy of hypnosis used during the perinatal period with healthy adult women were included. The quality of included studies was assessed using the Risk Of Bias In Non-randomized Studies of Interventions or the Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials. Article selection, methodological quality assessment and data extraction were carried out by two independent reviewers. Twenty-one articles, corresponding to 16 studies, met the inclusion criteria. With the exception of two studies, all the included studies reported the benefits of implementing a hypnosis intervention during the perinatal period. However, methodological limitations relating to intervention implementation and evaluation methods may have led to the observed variability of results between studies. This leads us to suggest the use of a more standardized methodology in setting up future studies. This article was published in the *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* (2023).

The second article presents the first phase in the development of a perinatal hypnosis training program for midwives. To this end, a training program was developed by our research team with the aim of offering midwives an additional strategy in their work. This article presents the results of an acceptability study of this training program. The aim of this study was to assess the relevance and acceptability of our training program, and to obtain feedback with a view to

refining our training program. Through convenience sampling, we solicited via e-mail professionals working in the field of obstetrics and hypnosis. Seven professionals agreed to participate. They were asked to complete a 93-question questionnaire, divided into 4 themes, with boxes reserved for their comments and suggestions. Descriptive analysis of the results revealed that the training program for midwives was relevant in terms of social acceptability, content and expected effects. The comments and suggestions raised by professionals as part of this acceptability project will lead to the adjustment and fine-tuning of the design of the training program to be offered to midwives, enabling the second phase of program evaluation to begin.

Keywords : Hypnosis, perinatal, obstetrics, caregivers, pain management, well-being, satisfaction, training

INTRODUCTION

1.1 Mise en contexte

La littérature scientifique montre que l'expérience de l'accouchement et la douleur associée peuvent créer de l'anxiété chez beaucoup de femmes au cours de leur grossesse. Bien que la prévalence de l'anxiété pendant la grossesse varie considérablement d'une étude à l'autre, une recension systématique présente des taux de prévalence qui varient entre 7,7% et 36,5% (Val et Miguez, 2023). De plus, la médication de type analgésique peut avoir divers effets néfastes créant des préoccupations et des craintes face aux effets potentiels sur la mère et sur son nouveau-né. En effet, l'utilisation d'analgésiques et d'anesthésie péridurale pour gérer la douleur pendant l'accouchement pourrait entraîner des effets indésirables (p.ex., un indice Apgar plus faible, un risque d'admission plus important à l'unité des soins intensifs néonataux et un retard dans l'allaitement (Herrera-Gómez et al., 2015; Komatsu et al., 2018)). On rapporte d'ailleurs que l'analgésie épidurale pourrait priver la mère d'une expérience de naissance optimale. En effet, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2018) reconnaît que la médicalisation du processus d'accouchement peut affecter la capacité d'une femme à donner naissance et pourrait avoir un impact négatif sur son expérience. De ce fait, le modèle biomédical préconisé dans les sociétés industrialisées peut compromettre la capacité naturelle de la femme à donner naissance et créer un sentiment de perte de contrôle (p. ex., environnement chargé, exclusion dans les communications, mobilité limitée, etc.). Or, selon l'OMS (2018), chaque femme a droit à une expérience d'accouchement positive qui inclut le respect et la dignité, la présence d'un partenaire de naissance, des stratégies de gestion de la douleur, une communication claire par l'équipe de maternité ainsi que la mobilité durant le travail et son choix de position d'accouchement (OMS, 2018).

Le projet de recherche actuel vise à étudier l'emploi d'une méthode alternative (l'hypnose) dans le contexte périnatal. Cette étude permettra en premier lieu de documenter l'étendue de l'utilisation de l'hypnose au cours de la période périnatale (grossesse, accouchement et vie maternelle) sur la santé psychologique et physique des mères. Pour ce faire, une recension

systematique de la littérature actuelle conduite par l'équipe de recherche sera présentée. Par la suite, cet essai présentera la première phase du développement d'une formation à l'hypnose en contexte périnatale destinée aux sages-femmes. Pour ce faire, un programme de formation a été développé par notre équipe de recherche, incluant des professionnels employant l'hypnose dans leur pratique clinique. L'évaluation de ce programme de formation auprès d'autres professionnels œuvrant dans le domaine de l'obstétrique et de l'hypnose sera présentée ici.

1.2 Contexte théorique

Afin de mettre en contexte la présente étude, plusieurs éléments liés à l'hypnose et son utilisation clinique seront introduits dans cette section. Une définition de l'hypnose, ainsi qu'un bref historique de son utilisation dans le milieu médical, sera d'abord présentée. Ensuite, nous documenterons certaines préconceptions concernant l'hypnose, puis une revue des attitudes des professionnels de la santé face l'utilisation de l'hypnose en milieu médical sera dépeinte. De surcroit, une brève revue de la recherche sur les différentes applications médicales de l'hypnose dans le but traiter la douleur sera proposée. Une description de la connaissance actuelle sur la douleur associée au travail et à l'accouchement sera aussi décrite, incluant une discussion de la sécurité de cette approche thérapeutique. Les connaissances scientifiques actuelles liées à l'efficacité de l'hypnose utilisée dans le contexte de la période périnatale seront également présentées. Par la suite, l'élaboration du programme de formation sera décrite, incluant le modèle théorique utilisé, le choix du groupe ciblé et une courte description du programme de formation.

1.2.1 Définition de l'hypnose

L'hypnose est définie par la société d'hypnose de l'American Psychological Association (APA Div. 30, 2014) comme un « état de conscience impliquant une attention accrue et une conscience périphérique réduite, caractérisé par une capacité amplifiée de réponse à la suggestion ».

L'hypnose se décrit donc plus comme un état de veille et non de sommeil comme il est couramment supposé (Rose Wilson et Dillard, 2012). Le terme hypnose recouvre d'ailleurs trois aspects : l'état hypnotique (ou transe) dans lequel l'individu est plongé; la technique utilisée par l'hypnothérapeute; et le type d'interaction particulière qui s'établit entre un psychothérapeute et un sujet hypnotisé (Berghmans et Tarquinio, 2009).

L'hypnose est aujourd'hui un outil thérapeutique complexe qui se décline en plusieurs formes influencées par les types de suggestions utilisées : les suggestions directes et les suggestions indirectes. On retrouve d'abord l'hypnose formelle qui tend à obtenir un état hypnotique profond (Bellet, 2016). Cette forme d'hypnose utilise les suggestions directes telles que : « Au compte de dix, vous dormez. » Leur formulation explicite place le patient dans une situation de choix, soit accepter ou s'opposer. L'opérateur utilise généralement un ton monotone et rythmé permettant une adhésion rapide. Ce type de suggestion est d'ailleurs utilisé dans l'hypnose de spectacle qui remonte au 19^e siècle (Bellet, 2016).

En second lieu, on retrouve l'hypnose informelle. Erickson fut le promoteur de cette forme d'hypnose qui requiert aussi de la part du thérapeute une excellente connaissance pratique de la l'hypnose formelle (Bellet, 2016). Dans cette forme, l'opérateur utilisera davantage les suggestions indirectes qui sont mobilisatrices et ainsi plus respectueuses pour le client. Le client se trouve plutôt devant un choix qui lui laisse une marge d'évaluation personnelle. Cette approche s'apparente à un accompagnement. L'opérateur donne alors des indications de direction, laissant le patient choisir son chemin. Depuis Erickson, les suggestions indirectes sont privilégiées afin d'accorder au client un éventail de réponses (Bellet, 2016).

De même, on retrouve la pratique de l'autohypnose qui permet à un individu de s'induire dans un état hypnotique sans l'aide d'un thérapeute (Fédération Française d'Hypnose et de Thérapie Brève, 2018). Contrairement à certaines croyances, l'état d'hypnose n'est pas un état créé par le thérapeute sous l'effet d'un don ou d'un pouvoir quelconque. C'est plutôt l'individu, qui sous l'influence de techniques de communication et de suggestions d'inductions de la part du thérapeute, parvient à atteindre cet état physiologique de conscience modifié tel que défini précédemment (APA Div. 30, 2014; Bellet, 2016; Berghmans et Tarquinio, 2009). Cet état est par

ailleurs normalement atteint plusieurs fois par jour tel que lors de périodes de fortes concentrations ou de rêveries (Berghmans et Tarquinio, 2009). Il est donc possible pour l'individu d'accéder à cet état par lui-même. Cette pratique demande toutefois un apprentissage personnel de la part du client (Bellet, 2016). Cet apprentissage peut se faire avec l'aide du thérapeute alors que le client expérimente, au cours des séances, des techniques hypnotiques et leurs effets. Ces séances guidées seront de plus en plus précises et individualisées. Le client pourra par la suite reproduire par lui-même le déroulement des séances afin de prolonger les effets. Par la pratique, il devient possible pour le client de maîtriser ces techniques d'induction hypnotique et de les utiliser à son gré (Bellet, 2016).

Enfin, il importe également de distinguer l'hypnose face à d'autres approches complémentaires, principalement avec la relaxation profonde et la méditation, qui semblent présenter plusieurs points communs. En effet, les données disponibles sur l'histoire, la phénoménologie et la neuropsychologie de l'hypnose et de la méditation présentent plusieurs caractéristiques communes, telles que l'induction basée sur l'attention focalisée, la capacité à atteindre un contrôle intentionnel des activités biologiques-somatiques et des processus conscients-inconscients et l'activation/désactivation de plusieurs zones et circuits cérébraux avec un chevauchement important entre les deux (Facco, 2017). Plus récemment, Penazzi et De Pisapia (2022) présentent une recension de modèles théoriques et d'études scientifiques sur le sujet. Ces derniers concluent en la présence de similitudes et de différences entre l'état hypnotique et l'état méditatif. Principalement, l'hypnose serait davantage une forme de focalisation de l'attention soutenue par un expert externe en méthodologies de suggestion, avec des éléments imaginatifs proéminents et une dissociation du contrôle exécutif (Penazzi et De Pisapia, 2022). Les états méditatifs induisent un état d'absorption et de concentration, mais ils sont généralement auto-induits et forcés par de nombreuses sessions de pratique. Les auteurs présentent également des différences phénoménologiques impliquant la métacognition, l'absorption et le contrôle exécutif. Ces résultats seraient toutefois préliminaires. Des études supplémentaires sont nécessaires pour établir une meilleure compréhension des différences et similitudes de ces approches (Penazzi et De Pisapia, 2022).

1.2.2 Historique de l'hypnose clinique

La pratique de l'hypnose remonte aux peuples primitifs où l'utilisation de la transe hypnotique était répandue (Hornyak et Green, 2000; Rose Wilson et Dillard, 2012). L'utilisation de l'hypnose a cependant diminué avec la diffusion du christianisme qui considérait alors l'hypnose comme une forme de sorcellerie (Bryan Jr, 1963; Rose Wilson et Dillard, 2012). Heureusement, cette pratique a connu une renaissance au début des années 1770 lorsqu'un prêtre catholique utilisait des états hypnotiques pour exorciser les démons causant des maladies. Le médecin badois, Franz Anton Mesmer, par l'observation de plusieurs de ses guérisons, développa une forme d'induction qui, selon lui, se produisait en raison des propriétés magnétiques du corps humain. Il nomma ce processus : magnétisme animal. Le magnétisme, bien que discrédité, a éveillé la curiosité du chirurgien James Braid (Bellet, 2016; Bryan Jr, 1963; Rose Wilson et Dillard, 2012). Celui-ci a réexaminé le processus de Mesmer et a constaté que la suggestion, en elle seule, était tout aussi efficace. Braid apporta d'ailleurs plusieurs contributions importantes au développement de l'hypnose clinique, entre autres l'affirmation selon laquelle l'utilisation de l'hypnose devait être limitée aux professions de santé. Il apporta aussi des précisions quant à la variation de degrés de suggestibilité et suggéra que l'hypnose devait être utilisée en conjonction avec d'autres traitements efficaces (Bryan Jr, 1963; Rose Wilson et Dillard, 2012). À cette époque, plusieurs médecins et dentistes utilisaient l'hypnose pour anesthésier les patients lors d'opérations chirurgicales. Cependant, avec les développements de l'anesthésie, l'hypnose devient moins populaire en médecine mais continue à être utilisée par les psychanalystes qui reconnaissent son efficacité dans le traitement de l'anxiété et des traumatismes (Rose Wilson et Dillard, 2012).

En outre, on attribue au médecin français au 19^e siècle, Dr Leibeault, les avancées dans la recherche et le développement de l'hypnose. Il fut le premier à reconnaître que ce phénomène était subjectif (Rose Wilson et Dillard, 2012). L'utilisation de l'hypnose devient généralement bien acceptée dans la médecine occidentale, et son enseignement est approuvé dans les écoles de médecine telle que l'American Institute of Hypnosis qui fut fondé en 1955 afin de servir d'organisme éducatif consacré à la promotion de l'hypnose en médecine et en dentisterie (Rose

Wilson et Dillard, 2012). Dans les années 50, l'œuvre du psychiatre Milton Erickson aux États-Unis allait exercer une énorme influence sur la pratique de l'hypnose. Il devient le président fondateur de l'American Society of Clinical Hypnosis et l'éditeur fondateur de l'American Journal of Clinical Hypnosis. Aujourd'hui, l'acceptation de l'hypnose clinique continue d'accroître à mesure que les preuves scientifiques s'accumulent (p.ex., Bansal et al., 2020; Hansen, 2024; Rose Wilson et Dillard, 2012; Szmaglinska, M. et al., 2024).

1.2.3 Fausses croyances

Plusieurs mythes concernant l'hypnose sont couramment évoqués dans la population générale. Tout d'abord, une idée répandue est que l'hypnose soit un état d'inconscience. Cette impression, dans un contexte d'accouchement, peut laisser véhiculer l'idée que la mère perdra le contact de son bébé et ainsi créer des craintes face à son utilisation. Or, l'état hypnotique est plutôt défini comme un état d'hyper-conscience, c'est-à-dire que le sujet a une sensibilité accrue face aux stimuli présents (p. ex., voix du thérapeute) (Beebe, 2014). Par ailleurs, plusieurs penseront que les individus pouvant être hypnotisés ont un esprit « faible ». Cependant, l'hypnotisabilité n'est pas un trait de personnalité faible. En fait, la grande majorité des individus serait hypnotisable, mais à différents degrés (Beebe, 2014). Enfin, on retrouve une croyance assez courante selon laquelle, lorsque l'individu est dans un état hypnotique, celui-ci perd le contrôle de ses pensées et de ses actions, ce qui compromettrait son autonomie personnelle. Or, les individus sous hypnose sont pleinement conscients de ce qui leur arrive et de ce qui se passe autour d'eux. Plutôt que de créer une perte de contrôle ou de capacité à se souvenir, il est généralement admis que l'hypnose aide les individus à concentrer leur attention (Semple et Newburn, 2011).

En outre, l'hypnose est souvent perçue comme un acte de scène. Toutefois, une grande variété d'études publiées dans le dernier siècle font état de l'efficacité de l'hypnose dans une panoplie d'applications cliniques et médicales, tels que lors d'actes chirurgicaux (Beebe, 2014; Lang et Laser, 2011). On retrouve par ailleurs plusieurs préconceptions liées à l'hypnose de spectacle tels que les dangers possibles et l'impact sur l'autonomie personnelle. Plusieurs études montraient

cependant que les attitudes changeaient positivement suite à la participation à l'hypnose de scène (Echterling et Whalen, 1995; MacKillop et al., 2004). L'étude de cas de Wain et Dailey (2010) montre toutefois la présence de réactions négatives chez la personne hypnotisée. Ces derniers relatent un épisode psychotique aigu chez un ancien combattant suivant sa participation à un spectacle d'hypnose. Le cas rapporté par Wain et Dailey (2010) présente cependant des réactions associées à un historique de trauma. Cela nous rappelle tout de même l'importance d'employer les techniques hypnotiques avec prudence, ainsi que de la responsabilité autant de l'hypnotiseur de scène que de l'hypnothérapeute face aux populations vulnérables (p. ex., historique de trauma, épisodes psychotiques; Wagstaff, 2000; Wain et Dailey, 2010). Une étude plus récente rapporte néanmoins les données à partir d'un registre public (ClinicalTrials.gov) sur les événements indésirables rapportés au cours d'essais cliniques utilisant l'hypnose (Bollinger, 2018). Les effets indésirables graves pouvaient inclure l'augmentation du risque suicidaire, de la dépression, de comportements impulsifs et de l'agressivité, alors que les effets indésirables mineurs incluaient la perte de productivité due au temps consacré à la thérapie, le coût des séances, l'augmentation des émotions négatives et l'affaiblissement des relations. L'étude rapportait un taux d'événements indésirables graves probablement attribuables à l'hypnose de 0 % et un taux de 0,47% pour les événements indésirables défini comme mineurs (Bollinger, 2018).

Une récente étude de Molina-Peral et al. (2020) présentait également l'influence des connaissances préalables et les expériences passées liées à l'hypnose sur les attitudes et croyances à l'égard de l'hypnose. Les résultats démontraient que les participants n'ayant déclaré aucune connaissance préalable sur l'hypnose ou ayant acquis leurs connaissances à partir de sources non scientifiques rapportaient des croyances plus négatives comme le fait de croire que l'hypnose facilite l'accès à des souvenirs oubliés et que l'hypnose fonctionne même si la personne hypnotisée ne fait aucun effort (Molina-Peral et al., 2020). En outre, les participants qui avaient déjà été hypnotisés rapportaient des croyances plus positives, tel que l'hypnose améliore les résultats thérapeutiques et les interventions médicales et psychologiques ou encore que les personnes hypnotisées ont le contrôle de leurs actions et peuvent résister aux suggestions si elles le souhaitent. Les auteurs ont néanmoins noté que certains participants qui avaient déjà été hypnotisés ont obtenu des scores élevés pour certains facteurs négatifs. Les auteurs suggéraient

que ces résultats indiqueraient que certains professionnels utilisant l'hypnose pourraient entretenir de fausses croyances sur l'hypnose (Molina-Peral et al., 2020). Ils soutiennent ainsi l'importance que les psychologues aient des convictions fondées sur des données scientifiques concernant l'hypnose et ses applications cliniques.

1.2.4 Attitudes et croyances des professionnels

L'hypnose est une approche qui s'avère utile dans divers contextes médicaux, notamment en psychothérapie clinique (Palsson et al. 2023). Cependant, les croyances et les attitudes négatives à l'égard de l'hypnose conduisent souvent à sa sous-utilisation et à sa mauvaise application par les professionnels de la santé. Encore très peu d'études se penchent néanmoins sur les croyances et attitudes des professionnels envers l'hypnose et l'influence sur son utilisation en milieu clinique. C'est d'ailleurs pourquoi les études citées ci-dessous ne sont pas récentes.

Une étude conduite en Australie présentait l'exploration des attitudes et des croyances envers l'hypnose chez trois groupes de professionnels, incluant des psychologues et des physiothérapeutes (Madan et Pelling, 2015). Les résultats révélaient que les attitudes et les croyances envers l'hypnose étaient généralement positives. Ils ont également constaté que les psychologues ont des attitudes significativement plus positives et des croyances plus précises que les physiothérapeutes. Selon Madan et Pelling (2015), la connaissance semblait un prédicteur significatif des attitudes positives et des croyances exactes.

Des sondages datant des années 2000 conduits en Australie questionnaient les médecins généralistes concernant leur attitude envers l'hypnose. Les résultats ont illustré que ceux-ci perçoivent généralement l'hypnose comme une thérapie efficace (Hall et Giles-Corti, 2000; Pirotta et al., 2000). Chez les médecins anesthésistes, nous notons un soutien assez important face à l'utilisation de l'hypnose dans le cadre de l'anesthésie clinique (Coldrey et Cyna, 2004).

En outre, une étude conduite en Australie auprès des obstétriciens afin de sonder leurs connaissances, croyances et attitudes envers les thérapies complémentaires et alternatives en

médecine révélait que ceux-ci considèrent l'hypnose comme une intervention utile et sûre à utiliser pendant la grossesse. La majorité avait d'ailleurs une attitude positive envers ce type de thérapie, mais considérait qu'il y a un manque de recherche sur l'efficacité et la sécurité de celles-ci (Gaffney et Smith, 2004).

Enfin, une enquête conduite également en Australie menée auprès des sages-femmes concernant leurs connaissances et leurs attitudes face à l'hypnose a dévoilé que les sages-femmes exposées à l'hypnose étaient plus susceptibles de soutenir son utilisation et d'exprimer un intérêt pour les techniques hypnotiques enseignées pendant la formation des sages-femmes. Par ailleurs, une grande majorité de sages-femmes ont convenu que les techniques de suggestion positive devraient être enseignées lors de leur formation (Eng et Cyna, 2006).

Malgré le nombre limité d'études entourant les croyances et les attitudes des professionnels envers l'hypnose, les données recueillies semblaient présenter des résultats concordants. En effet, malgré les croyances et attitudes généralement positives des professionnels, un besoin de plus de formation a été soulevé. Les études permettaient également de démontrer l'influence des connaissances sur le développement de croyances et attitudes positives envers l'hypnose.

1.2.5 Applications et effets de l'hypnose sur la douleur

Häuser et al. (2016) ont publié une revue systématique faisant état des différentes méta-analyses qui incluait uniquement des études contrôlées randomisées utilisant l'hypnose médicale. Dans cet article, les auteurs discutaient de l'efficacité, la sécurité et les différentes applications de l'hypnose.

D'après cette revue, l'hypnose serait couramment utilisée en complément à l'anesthésie plutôt que comme alternative aux techniques modernes. Elle serait principalement utilisée dans le but de minimiser l'anxiété et le stress. Cependant, il a été démontré que l'hypnose aiderait également à réduire la douleur, l'anxiété et la consommation d'analgésiques et de sédatifs dans une mesure

statistiquement significative chez les patients subissant des opérations sous anesthésie locale ou régionale (p. ex., craniotomies; Häuser et al., 2016).

Dans le domaine de la gastroentérologie, les procédures diagnostiques pouvaient être effectuées sans sédation à l'aide de l'hypnose (auto-hypnose ou enregistrement audio). L'utilisation de fichiers audio semblait également efficace dans les cas de syndrome du côlon irritable. Par ailleurs, les départements de gastro-entérologie en Grande-Bretagne, en Autriche et aux États-Unis disposaient de services psychosociaux intégrés offrant une hypnose en direct et assistée par fichier audio aux patients souffrant de troubles fonctionnels gastro-intestinaux qui ne répondaient pas bien au traitement médical conventionnel (Häuser, 2003; Häuser et al., 2016).

En dentisterie, l'utilisation de l'hypnose serait très répandue (Eitner et al., 2011; Hermes et al., 2005). Cette intervention était principalement recommandée pour aider à réduire la peur prononcée d'un traitement dentaire, le réflexe pharyngé (*gag reflex*), l'intolérance aux anesthésiques locaux et le dysfonctionnement cranio-mandibulaire. Il semblait d'ailleurs être avantageux de combiner à l'hypnose à l'oxyde nitreux qui aurait un effet anxiolytique et permettrait d'augmenter la suggestibilité (Häuser et al., 2016).

En médecine générale, l'hypnose pourrait permettre aux médecins d'avoir une communication plus efficace avec le patient, en incluant l'évitement des suggestions négatives et l'utilisation ciblée de suggestions positives (Lang, 2017; Seemann et al., 2015). Dans ce contexte, la communication pourrait être améliorée en appliquant les principes de base de l'hypnothérapie tels que l'utilisation de suggestions indirectes et l'établissement d'une relation de confiance entre le médecin et le patient. En outre, trois études sur les procédures radiologiques invasives ont montré que les suggestions positives et l'empathie, avec ou sans techniques d'auto-hypnose, étaient supérieures au traitement standard pour réduire la douleur et l'anxiété, et diminuer la consommation d'analgésiques (Lang et al., 2000; Lang et al., 2006; Lang et al., 2008). D'autres études ont d'ailleurs montré que des instructions neutres ou positives avant la prise de sang entraînaient des niveaux de douleur plus faibles que les suggestions négatives souvent non intentionnelles (Häuser et al., 2016; Ott et al., 2012).

Enfin, l'hypnose s'avérerait utile en psychologie de la santé et la psychopathologie telle que pour le traitement de douleurs chroniques, ou encore dans les services de consultation et de conseil des hôpitaux (p. ex., gynécologie, soins palliatifs et transplantation), ainsi qu'en dentisterie (p. ex., peur du dentiste, peur des injections et/ou des matériaux) (Häuser et al., 2016; Schmierer et Schmierer, 2004).

1.2.6 Accouchement et douleur

De nombreuses futures mères sont préoccupées par le déroulement de l'accouchement, incluant des craintes concernant l'anesthésie régionale et ses effets potentiels sur elles-mêmes et leurs bébés (Diezi et al., 2023; Doyle, 2023). En effet, l'utilisation d'analgésiques et d'anesthésie péridurale pour gérer la douleur pendant l'accouchement pourrait entraîner des effets indésirables. Ces procédures médicales sont associées à certains effets néfastes sur la mère tels que l'hypotension artérielle, des difficultés à uriner, des maux de tête, et plus rarement des infections et des lésions neurologiques (Bromage, 1999; Grangier et al., 2020; Institute for Quality and Efficiency in Health Care, 2022; Zakowski, 2002). D'autres études rapportaient de potentiels effets néfastes sur le nouveau-né, telles qu'un indice APGAR plus faible et un plus grand nombre d'admissions à l'unité néonatale de soins intensifs (Herrera-Gómez et al., 2015; Hotoft et Maimburg, 2021; Komatsu et al., 2018). En effet, l'étude de Hotoft et Maimburg, (2021) constate un faible score d'Apgar, une hypoxie fœtale et une admission en unité de soins intensifs néonatale dans 0,6 %, 0,6 % et 10,0 % respectivement, chez les nouveau-nés de mères ayant reçu une analgésie péridurale pendant l'accouchement, contre 0,3 %, 0,6 % et 5,6 %, dans le groupe non exposé. De même, certaines études décrivaient un impact négatif de l'épidurale sur l'initiation à l'allaitement et un risque plus élevé d'utilisation d'instruments médicaux (p. ex., Gizzo et al., 2012; Srebnik et al., 2020).

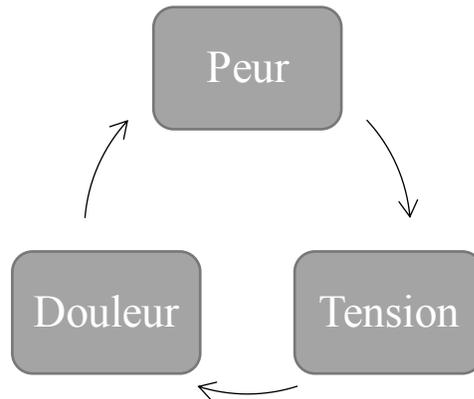
1.2.7 Utilisation de l'hypnose durant la grossesse et l'accouchement

L'hypnose lors de l'accouchement est maintenant utilisée depuis plus d'un siècle (Semple et Newburn, 2011). Son utilisation lors du travail et de l'accouchement a pour principaux objectifs d'atténuer la peur, la tension et la douleur afin que la naissance puisse se dérouler d'une manière confortable pour la mère. À cet effet, on utilise généralement l'hypnose au cours des étapes suivantes : l'acceptation de l'accouchement, apprendre ce qu'est une contraction utérine et les façons d'appréhender sa durée et son intensité, le stress avec ses composantes douloureuses, anxieuses et physiques de fatigue, la relaxation et la projection dans le futur après l'accouchement (Bellet, 2016).

Le Dr Grantly Dick Read serait le premier à introduire l'idée d'un cycle d'accouchement où on retrouve la douleur, la tension et la peur (Dick-Read, 2013) tel que décrit dans la figure 1. Selon lui, un esprit tendu signifie un col de l'utérus tendu et lorsque la mère a peur durant l'accouchement, le corps évacue le sang hors des organes vitaux vers les extrémités, provoquant de la douleur aiguë. En supprimant la peur et ses conséquences physiologiques, l'utérus peut fonctionner comme prévu, tout en éliminant les douleurs extrêmes. Rompre ce cycle de la douleur serait donc un concept central de l'utilisation de l'hypnose dans ce contexte (Semple et Newburn, 2011).

Figure 2.1

Illustration du cercle vicieux de la peur-tension-douleur décrit par le Dr Grantly Dick-Read (1933)



Les méthodes utilisées pour induire et maintenir l'état d'hypnose incluent généralement la relaxation profonde, la visualisation, la respiration, le comptage et l'ancrage spatial/auditif. Ces méthodes d'hypnose tentent de permettre aux femmes de comprendre le déroulement du travail et de l'accouchement, ainsi que les termes et les discours qu'elles peuvent entendre tout au long de leur travail. L'objectif est avant tout de développer la capacité naturelle de la femme à accoucher en lui donnant des connaissances et en lui permettant de se sentir en confiance et en contrôle (Semple et Newburn, 2011). L'hypnose peut ainsi aider les femmes à participer plus activement à ce moment de leur vie (Bellet, 2016). L'hypnose offre donc des outils qui permettent à la future mère de demeurer en contrôle de son accouchement. C'est pourquoi le type d'hypnose et les techniques généralement utilisées sont informels, visant un accompagnement et une mobilisation de la femme.

En outre, les techniques pour induire l'hypnose peuvent être fournies par un soignant ou un intervenant spécialisé sous forme d'hétérohypnose (hypnose provoquée par un opérateur à l'aide de moyens verbaux ou non verbaux) ou encore être enseignées de façon individuelle ou en

groupe. Ces techniques peuvent d'ailleurs être facilement incorporées dans les cours prénataux. De plus, certaines approches encouragent le père ou le/la partenaire de naissance à apprendre les techniques pour guider la mère dans l'état hypnotique (Semple et Newburn, 2011).

1.2.8 Sécurité de l'hypnose durant la grossesse et l'accouchement

La sécurité de l'hypnose comme outil lors de la grossesse et de l'accouchement est soutenue par de nombreuses études (Cyna et al., 2004; Semple et Newburn, 2011; Smith et al., 2006). Il semblerait que l'hypnose offre des bienfaits autant pour la mère que pour le bébé. De même, aucune étude publiée récente ne semble faire état de complications médicales ou psychologiques résultant de l'utilisation de l'hypnose pour la préparation à l'accouchement. Cependant, certains rapports font état d'effets négatifs involontaires résultant de l'hypnose (Beebe, 2014). Ces effets seraient généralement mineurs et de courte durée, notamment des maux de tête, de l'anxiété et/ou une amnésie. Par exemple, la recension systématique de Cyna datant de 2003 identifiait deux rapports faisant état de complications. L'une concerne une patiente avant le travail présentant des symptômes psychotiques, et l'autre concerne la présence de symptômes anxieux post-partum et d'un comportement compulsif.

Certains auteurs notaient des contre-indications à l'utilisation de l'hypnose. Il existerait des risques accrus d'effets secondaires chez les personnes présentant une psychopathologie existante, y compris une exacerbation des psychoses. Par conséquent, l'utilisation de l'hypnose chez les groupes de femmes présentant certaines conditions de santé mentale préexistantes peut nécessiter la consultation d'un professionnel de la santé mentale, ou être contre-indiquée (Beebe, 2014). Simkin et Bolding (2004) recommandaient également aux femmes de ne pas utiliser de visualisation associée à une expérience de détresse ou de phobie préexistante. L'hypnose semblait aussi contre-indiquée pour les femmes souffrant d'une maladie non diagnostiquée et/ou non traitée qui s'accompagne de douleurs. Par ailleurs, cette méthode complémentaire ne conviendrait pas aux femmes qui ne se sentent pas motivées pour l'utiliser ou qui estiment que l'hypnose entre en conflit avec leur croyance religieuse (Ketterhagen et al., 2002).

1.2.9 Efficacité des interventions basées sur l'hypnose en contexte de grossesse et accouchement

De nombreuses études présentent les effets d'interventions basées sur l'hypnose sur une variété de variables entourant la période périnatale. Ces études seront examinées dans le cadre du premier article présenté dans cet essai doctoral. Notre recension systématique tentera de se pencher plus en détails et sur les données à jour entourant l'utilisation de l'hypnose au cours de la période périnatale. Elle abordera une étendue plus large de variables, incluant les effets de l'hypnose sur les symptômes physiques durant la grossesse, le bien-être psychologique des femmes, la douleur durant l'accouchement, incluant les données subjectives et objectives, les données médicales relatives au déroulement de l'accouchement et l'expérience subjective des mères.

Les données de ces études ne seront ainsi pas détaillées dans cette section. Seules les recensions systématiques passées seront présentées. On retrouve, en effet, plusieurs recensions systématiques qui ont été menées sur l'utilisation et l'efficacité des interventions basées sur l'hypnose. Celles-ci étaient toutefois principalement axées sur le soulagement de la douleur pendant le travail et l'accouchement. Nous présenterons également des recensions systématiques et méta-analyses plus récente présentant une évaluation de l'efficacité de l'hypnose sur d'autres variables, telles que l'expérience subjective de l'accouchement et la peur de l'accouchement (Catsaros et Wendland, 2020; 2022; Hosseini et al., 2018).

Douleur et autres données médicales. On retrouve des recensions systématiques faisant état d'une certaine efficacité des interventions basées sur l'hypnose dans la réduction de l'utilisation globale d'analgésiques pendant le travail et l'accouchement (Cyna et al., 2004 ; Landolt & Milling, 2011 ; Madden et al., 2016).

Parmi celles-ci, nous retrouvons l'étude de Cyna et al. (2004) qui incluait cinq études contrôlées randomisées et 14 études non randomisées. Les auteurs constataient une réduction de l'utilisation de la médication de type analgésique chez les femmes utilisant l'hypnose. Ces

derniers identifiaient également une étude où les femmes utilisant l'hypnose évaluaient leur douleur pendant l'accouchement comme étant moins sévère que le groupe contrôle. Les auteurs soulignaient néanmoins la pauvre qualité méthodologique de nombreuses études incluses dans leur analyse et soulignent la nécessité de mener des études bien conçues pour confirmer les effets de l'hypnose lors de l'accouchement (Cyna et al., 2004).

L'étude de Landolt et Milling (2011), quant à elle, inclut 13 études qui comparaient l'hypnose à un groupe contrôle (soins standards ou intervention alternative) pour réduire la douleur durant l'accouchement. Selon leurs analyses, l'hétéro-hypnose et l'auto-hypnose s'avéraient plus efficaces que les soins médicaux standard, les conseils de soutien et les cours d'éducation à l'accouchement pour réduire la douleur. Ils identifiaient également une amélioration des scores d'Apgar des nouveau-nés et la réduction de la durée de la phase 1 du travail (Landolt et Milling, 2011).

Enfin, l'étude de Madden et al. (2016) présentait l'analyse de neuf études contrôlées randomisées. Dans l'analyse principale, les auteurs rapportaient que les femmes utilisant l'hypnose étaient moins susceptibles de recourir à un traitement pharmacologique de la douleur ou à une analgésie que celles du groupe contrôle. Aucune différence claire n'avait toutefois été identifiée entre les femmes des groupes hypnose et celles des groupes contrôles concernant la plupart des autres résultats primaires et secondaires analysés (p. ex., satisfaction, sentiment de pouvoir faire face à l'accouchement). De plus, Madden et ses collègues (2016) soulignaient eux aussi la nécessité de recherches supplémentaires sous la forme d'essais contrôlés randomisés afin d'évaluer si l'hypnose est utile pour la gestion de la douleur pendant le travail et l'accouchement.

Nausées durant la grossesse. Une recension systématique présentant les données de recherche de 6 études entourant l'utilisation de l'hypnose dans le traitement de l'hyperémèse gravidique exposait des résultats encourageants (McCormack, 2010). Les auteurs admettaient toutefois que la qualité des preuves actuelles n'était pas suffisante pour établir si l'hypnose est un traitement efficace de l'hyperémèse gravidique.

Expérience subjective d'accouchement et bien-être. Les auteurs d'une recension systématique, incluant 9 études, ont examiné l'utilisation et les effets des interventions basées sur l'hypnose pendant la grossesse et l'accouchement sur l'expérience subjective des femmes (Catsaros et Wendland, 2020). Les résultats de cette recension suggéraient que l'hypnose améliore l'expérience de l'accouchement, en atténuant la peur et la douleur et en améliorant le sentiment de contrôle pendant le travail. Dans une seconde recension systématique, les mêmes auteurs évaluaient les effets de l'hypnose sur la santé mentale et les expériences subjectives des femmes présentées dans sept études (Catsaros et Wendland, 2022). Ces derniers ont conclu que la plupart des études constataient des effets positifs de l'hypnose sur l'atténuation de l'anxiété, de la dépression et de la peur de l'accouchement, en donnant aux femmes une plus grande confiance en elles et en améliorant l'expérience émotionnelle globale.

Peur de l'accouchement. Les effets de deux types d'interventions (hypnose et éducation) sur la peur de l'accouchement ont été examinés par Hosseini et al. (2018) dans le cadre d'une recension systématique et d'une méta-analyse qui incluait 10 articles. Ces derniers ont conclu que les deux types d'interventions étaient efficaces pour réduire la peur de l'accouchement. Leurs données révélaient néanmoins que les interventions de type éducatives permettaient de réduire davantage la peur (effet double) en comparaison aux interventions basées sur l'hypnose.

1.2.10 Données qualitatives sur les effets des interventions basées sur l'hypnose en contexte de grossesse et accouchement

Nous retrouvons également plusieurs données qualitatives sur les effets de l'hypnose. Plusieurs études rapportaient ainsi le récit de plusieurs femmes sur l'influence que les interventions basées sur l'hypnose ont pu avoir sur leur expérience d'accouchement, ainsi que l'influence sur leur anxiété et la peur ressentie durant la grossesse, l'accouchement et leur vie postnatale. Les conclusions de certaines de ces études seront résumées ci-dessous.

Anxiété et peur. Nous avons identifié un certain nombre d'études qualitatives décrivant l'expérience de femmes ayant utilisé l'hypnose afin de réduire l'anxiété durant le déroulement

de leur grossesse. Une étude de cas présentait, en effet, l'efficacité de l'apprentissage de techniques d'auto-hypnose chez deux femmes souffrant de symptômes graves d'anxiété au cours de la période périnatale (Slater, 2015). Deux autres études de cas ont fait état de résultats similaires alors qu'un programme de deux séances de formation à l'hypnose prénatales a permis chez une femme souffrant d'anxiété généralisée et d'attaques de panique de mieux gérer son anxiété (German, 2004), puis chez une seconde de réduire son anxiété et sa peur de la douleur (Moore et Burrows, 2002). De même, l'étude de cas de Walker (2000) présentait le cas d'une jeune femme qui a su garder son calme lors de l'accouchement à l'aide de techniques d'auto-hypnose. Les stratégies d'hypnose avaient été pratiquées par la patiente au cours d'une thérapie individuelle lors de sa grossesse dans le but de mieux gérer son anxiété.

Douleur. Abbasi et al. (2009) ont documenté l'expérience unique de certaines patientes utilisant l'hypnose lors de l'accouchement dans le but de réduire la douleur. En effet, une étude qualitative où six femmes ont accepté de partager leur expérience, et qui a été rencontrée dans les 24 heures suivant leur accouchement, rapportait un changement dans la perception de la douleur, se transformant en un sentiment de pression plutôt qu'en une sensation de douleur, grâce à l'utilisation de l'hypnose (Abbasi et al., 2009).

Sentiment de confiance et de contrôle. Une étude présentait le cas d'une femme qui mentionne que l'hypnose avait contribué à sa confiance et en sa capacité à faire face au travail et l'accouchement (Moore et Burrows, 2002). L'hypnose lui aurait d'ailleurs permis de mettre au monde son enfant sans drogue (sans anesthésie ni médication), et aurait généralement favorisé une atmosphère calme et détendue. Le personnel aurait d'ailleurs commenté sur la facilité de l'accouchement et aurait été impressionné par son calme tout au long de l'accouchement (Moore et Burrows, 2002). Une autre étude présentait l'histoire de 14 femmes utilisant des approches complémentaires à la médecine lors de l'accouchement (Mitchell, 2013). Parmi celles-ci, plusieurs femmes ont opté pour l'utilisation de techniques d'hypnose. Ces dernières mentionnaient que ces interventions ont contribué à une expérience d'accouchement positive en facilitant le sentiment de confiance et de contrôle (Mitchell, 2013).

Dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé sur l'auto-hypnose pour le soulagement de la douleur intra-partum, les chercheurs ont mené des entretiens qualitatifs avec 16 participantes de l'étude principale afin d'explorer leurs points de vue et leurs expériences sur l'utilisation de l'auto-hypnose pendant le travail et l'accouchement (Finlayson et al., 2015). Les auteurs rapportaient que les femmes interrogées ont généralement apprécié la formation à l'auto-hypnose prénatale et l'ont trouvée bénéfique pendant le travail et l'accouchement. Un point important rapporté par les participantes est la sensation d'être plus calme et en contrôle de leur accouchement suivant leur formation à l'auto-hypnose.

Post-partum. Une étude de cas présentait l'expérience de deux femmes avec lesquels un modèle d'hypnose a été utilisé pour la préparation à l'accouchement et au post-partum (Sauer et Oster, 1997). Les auteurs concluaient que l'hypnose semblait avoir offert des avantages aux mères en augmentant leur capacité à rester calmes pendant l'accouchement et à faire face aux problèmes post-partum tels que l'allaitement, les pertes de sang et les douleurs post-partum.

1.2.11 Comparaison des données qualitatives par rapport aux données quantitatives

Une analyse mixte des données quantitatives et qualitatives a été réalisée par Gueguen et al. (2021) dans le but de comparer les résultats des données qualitatives aux résultats de données quantitatives. Neuf études quantitatives ont été retenues et comparées à 4 études qualitatives et 4 études de cas. L'analyse dévoilait que la plupart des thèmes émergeant des études qualitatives n'ont pas été évalués dans les études quantitatives. Dans les études quantitatives, les principaux résultats concernaient principalement la douleur et les complications de l'accouchement, tandis que dans les études qualitatives, les principaux thèmes étaient les compétences et les expériences maternelles (Gueguen et al., 2021).

Les auteurs identifiaient néanmoins certains thèmes liés aux compétences et aux expériences maternelles ayant été abordés dans certaines études quantitatives. Ils identifiaient les thèmes communs suivants : le sentiment de confiance et la capacité à faire face à l'accouchement, ainsi que la satisfaction (Gueguen et al., 2021). Les résultats des deux types d'études se chevauchaient

seulement légèrement. Les participants des études qualitatives rapportaient généralement que leurs compétences étaient renforcées par les interventions basées sur l'hypnose. Les données quantitatives présentaient en revanche peu ou pas d'effets de l'hypnose sur ces compétences (Gueguen et al., 2021).

Devant un faible chevauchement des données qualitatives et quantitatives, les auteurs ont conclu et souligné l'importance de développer la communication entre la recherche qualitative et quantitative concernant les effets de l'hypnose sur l'expérience d'accouchement. Ils soulignaient également l'importance de la recherche centrée sur le patient (Gueguen et al., 2021).

1.3 Élaboration d'un programme de formation

1.3.1 Modèle ORBIT : Phase I

Plusieurs modèles théoriques ont été développés en science comportementale afin d'optimiser les interventions en milieu de santé. Parmi ceux-ci se trouve le modèle ORBIT (Obesity-Related Behavioral Intervention Trials) (Czajkowski et al., 2015). Le modèle ORBIT a été utilisé par de nombreux chercheurs dans le processus de développement d'interventions (p.ex., Caron-Trahan et al., 2023; Epel et al., 2019; Wang et al., 2019). Ce modèle d'évaluation complet pour les programmes d'intervention décrit explicitement les étapes préliminaires du développement d'un programme. Il se compose en quatre phases : I) la phase de définition du programme ; II) les tests préliminaires ; III) les études d'efficacité ; et IV) les études d'efficience.

En ce qui concerne la définition de notre programme de formation, nous avons suivi les recommandations de la phase I de ORBIT qui suggère de définir la population cible, sélectionner les objectifs d'intervention du programme, ainsi que développer les procédures d'intervention (Czajkowski et al., 2015). La phase I du modèle ORBIT constitue l'objectif du second article qui sera décrit dans cet essai doctoral.

1.3.2 Contexte de la recherche : formation auprès des sages-femmes (choix du groupe cible)

Comme décrit plus tôt, cette étude présente l'évaluation d'un programme de formation destinée aux sages-femmes. Nous visons ce groupe de professionnelles dans l'objectif futur d'évaluer la faisabilité et l'efficacité du programme auprès de ce groupe. Mentionnons d'abord qu'aucune recherche n'a encore été effectuée dans le but d'évaluer l'introduction d'un programme de formation à l'hypnose auprès de sages-femmes dans les maisons de naissances au Québec.

Cette décision permettra également une plus grande accessibilité de terrain et facilite la mise en place de l'étude due entre autres à l'ouverture de ces professionnelles et de leurs clientèles face à l'utilisation de techniques alternatives et complémentaires durant l'accouchement (Eng et Cyna, 2006). De même, l'alliance thérapeutique et l'utilisation d'un langage positif font partie de leur philosophie de pratique (Eri et al., 2020; Thumm et Flynn, 2018). L'intégration d'un discours hypnotique devrait ainsi pouvoir s'imbriquer dans leur méthode de communication habituelle et devrait également permettre de renforcer ou maintenir une bonne alliance entre les sages-femmes et leurs clientes.

Nous avons d'ailleurs pris la décision de produire une formation visant les sages-femmes en premier lieu plutôt que de viser la clientèle, afin d'offrir d'abord des outils aux sages-femmes qui pourront leur servir dans leur travail à long terme. Ainsi que dans le but de développer leur sentiment de maîtrise et leur confort face à l'utilisation de l'hypnose en contexte d'accouchement avant d'introduire des pratiques pouvant être utilisées par la clientèle elle-même. Former les professionnelles pourrait également avoir l'avantage de réduire les coûts en ressources humaines et financières et faciliter l'étendue d'une pratique de soins de qualité (Tolsgaard et al., 2015).

En outre, dans l'éventualité d'une obtention de résultats en faveur de l'utilisation de l'hypnose dans la suite de ce projet, les données recueillies pourraient permettre une ouverture du personnel hospitalier face à l'utilisation de cette méthode dans leur milieu de naissance et mener à une poursuite du projet auprès de ces professionnels.

Mentionnons également que la population se tournant vers des lieux de naissance alternatifs comme les maisons de naissances a possiblement des caractéristiques différentes. Une future

étude comparative de l'utilisation de l'hypnose dans les différents milieux de naissances pourrait donc s'avérer très intéressante.

1.3.3 Description de la formation

Notre équipe de recherche a conçu un programme de formation visant l'enseignement de l'hypnose clinique en contexte d'accompagnement à l'accouchement. L'objectif de cette formation est de transmettre aux sages-femmes des connaissances et des outils concrets pour accompagner, via l'hypnose médicale, les femmes enceintes pendant la grossesse et au moment de l'accouchement.

Le programme de formation décrit les modalités pratiques, les formateurs, les objectifs, les compétences, les méthodes pédagogiques et le contenu de la formation. En bref, la formation visée serait d'une durée de deux journées consécutives, soit 14 heures de formations à un groupe de sages-femmes d'environ huit à dix participants. La formation serait animée par deux professionnels œuvrant dans les domaines de la médecine et de la psychologie, expérimentés dans le domaine de l'hypnose et de l'obstétrique.

La formation se veut à la fois théorique, c'est-à-dire basée sur des données scientifiques probantes actualisées, mais aussi pratique afin que rapidement, les sages-femmes puissent appliquer des techniques concrètes et efficaces dans leur pratique quotidienne, afin d'y trouver rapidement un intérêt et de créer une dynamique de changement au sein de leur équipe. C'est pourquoi durant les deux jours d'enseignement, nous avons veillé à équilibrer ces deux aspects en incluant des exercices en grand ou en petits groupes. La première journée se divise en deux parties : (1) une définition de l'hypnose vue sous l'angle des neurosciences afin de comprendre le fonctionnement du cerveau sous hypnose, et son intérêt dans le domaine médical; (2) les principes qui régissent la communication hypnotique : les lois, les aspects relationnels et la rhétorique nécessaire à la mise en place de l'alliance thérapeutique, indispensable en hypnose médicale. Le deuxième jour aborde (1) l'intérêt de l'hypnose en périnatalité et plus

spécifiquement pendant la grossesse et l'accouchement, (2) l'autohypnose et (3) des stratégies hypnotiques concrètes.

La formation a été développée avec l'aide d'ouvrages et articles théoriques entourant la pratique de l'hypnose en milieu clinique, principalement dans le contexte obstétrique (p. ex., Beebe, 2014, Bellet, 2016; Dick-Read, 2013; Hammond, 1990). Les éléments de la formation se réfèrent également aux données découlant du premier article de l'essai doctoral. Notre recension systématique des écrits permettait d'examiner les modalités d'application utilisées dans différents projets de recherche, tels que la durée des formations, les thèmes abordés et les techniques utilisées.

Une description plus complète et détaillée du programme de formation se trouve en annexe (voir annexe D). Ce programme fera l'objet d'une évaluation auprès d'un groupe de professionnels. Le déroulement et les résultats de l'étude seront détaillés dans le chapitre 3 de cet essai doctoral.

1.4 Objectifs et questions de recherche

Les objectifs généraux du présent essai doctoral étaient 1) d'évaluer l'état de la recherche actuel sur l'utilisation de l'hypnose en contexte périnatal et 2) d'entamer le développement d'une formation aux techniques de communication dérivées de l'hypnose clinique pour les sages-femmes dans le but de faciliter une expérience d'accouchement positive.

Les questions de recherche que nous avons établies afin de répondre au premier objectif sont les suivantes :

- 1) Quels sont les résultats des études sur l'enseignement de techniques hypnotiques chez les femmes enceintes en préparation à l'accouchement?

- 2) Quelles sont les connaissances actuelles face à l'impact de l'utilisation de l'hypnose sur les aspects physiques et psychologiques de la grossesse et l'accouchement (p. ex., douleur, anxiété, peur, satisfaction, etc.)?
- 3) Quelle est la qualité méthodologique des études existantes?

La seconde étude tentait d'évaluer par le biais de données descriptives et qualitatives un programme de formation destiné aux sages-femmes sur l'accompagnement à l'accouchement à l'aide de l'hypnose médicale. Les questions de recherche sous-jacentes à ce deuxième objectif sont les suivantes :

- 1) Le programme de formation semble-t-il pertinent pour la population visée?
- 2) Le programme de formation est-il sûr et acceptable pour la population cible?
- 3) Quelles sont les pistes d'amélioration pouvant être utilisées pour affiner notre programme de formation dans le but d'offrir une formation pertinente pour notre groupe visé?

Cet essai a permis de rédiger deux articles distincts qui seront présentés ci-dessous. Le premier a été publié le 9 janvier 2023 dans *l'International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* (Dumont et al., 2023). Le second sera soumis au *American Journal of Clinical Hypnosis*.

CHAPITRE 2
Article 1

The use of hypnosis during the perinatal period: a systematic review

Émilie Dumont¹, David Ogez^{1,2,3}, Sabine Nahas¹ and Ghassan El-Baalbaki¹

¹Department of Psychology, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada

²Department of anesthesiology and pain medicine, Faculty of Medicine, Université de Montréal,
Montréal, Canada

³Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'île de Montréal, Canada

Author Note

Funding: corresponding author's university research funds.

We have no known conflict of interest to disclose.

Correspondence concerning this article should be addressed to:

Professor Ghassan El-Baalbaki, Université du Québec à Montréal

Office SU-3665, 100 Sherbrooke St W, Montreal, Quebec H2X 3P2

Tel. #: (514) 987-3000 ext. 2038

Email address: el-baalbaki.ghassan@uqam.ca

Titre : L'utilisation de l'hypnose pendant la période périnatale : une revue systématique

Résumé

Cette revue systématique vise à identifier les protocoles actuels impliquant l'utilisation de l'hypnose pendant la période périnatale et à examiner ses effets sur le bien-être des mères. Sept bases de données électroniques ont été consultées entre 1960 et le 1er avril 2021, à la recherche d'articles évaluant l'efficacité de l'hypnose pendant la période périnatale. Tous les essais contrôlés randomisés publiés et les essais contrôlés non randomisés évaluant l'efficacité de l'hypnose utilisée pendant la période périnatale avec des femmes adultes en bonne santé ont été inclus. La qualité des études incluses a été évaluée à l'aide du *Revised Cochrane Risk-of-Bias tool for randomized trials* ou du *Risk Of Bias In Non-randomized Studies – of Interventions*. La sélection des articles, l'évaluation de la qualité méthodologique et l'extraction des données ont été effectuées par deux examinateurs indépendants. Vingt-et-un articles, correspondant à 16 études, répondaient aux critères d'inclusion. À l'exception de deux études, toutes les études incluses ont rapporté les bénéfices de la mise en place d'une intervention d'hypnose pendant la période périnatale. Cependant, des limitations méthodologiques relatives à la mise en œuvre de l'intervention et aux méthodes d'évaluation ont pu conduire à la variabilité observée des résultats entre les études. Les études futures devraient envisager une méthodologie plus standardisée.

Mots-clés : hypnose, périnatalité, obstétrique, gestion de la douleur, bien-être, satisfaction

Title: The use of hypnosis during the perinatal period: a systematic review

2.1 Abstract

This systematic review aims to identify current protocols involving the use of hypnosis during the perinatal period and to examine its effects on mothers' well-being. Seven electronic databases were searched from 1960 to April 01, 2021, for articles assessing the effectiveness of hypnosis during perinatal period. All published randomized controlled trials and non-randomized controlled trials studies assessing the effectiveness of hypnosis used during the perinatal period with healthy adult women were included. The quality of the included studies was assessed using the Risk Of Bias In Non-randomized Studies of Interventions or the Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials. Articles screening, methodological quality assessment, and data extraction were performed by two independent reviewers. Twenty-one articles, corresponding to 16 studies met inclusion criteria. Apart from two studies, all included studies reported the benefits of implementing a hypnosis intervention during the perinatal period. However, methodological limitations relative to intervention implementation and assessment methods might have led to the observed variability in results across studies. Future studies should consider a more standardized methodology.

Keywords: hypnosis, perinatal, obstetrics, pain management, well-being, satisfaction

2.2 Introduction

Current scientific literature highlights symptoms of anxiety and depression experienced by many women during pregnancy (Dunkel Schetter, 2011; Schetter & Tanner, 2012). There is also growing evidence that these psychological symptoms contribute to the pain experienced during the delivery process (Dencker et al., 2019; Dick-Read, 2013; Semple & Newburn, 2011). On the other hand, the use of analgesics and epidural anesthesia to manage pain during childbirth can lead to adverse effects (e.g., lower Apgar index, higher NICU admission, delayed breastfeeding (Herrera-Gómez et al., 2015; Komatsu et al., 2018)), which raises concern regarding the potential short-term and long-term impact on the mother and her newborn's health. According to the World Health Organization (2018), epidural analgesia and other forms of medicalization of the birthing process can also deprive the mother of a positive birth experience, affect her ability to give birth, and adversely impact her postnatal life. As a result, the biomedical model advocated in industrialized societies can compromise women's natural ability to give birth and lead to a loss of a sense of control.

To address this issue, several studies have examined the use of complementary care methods to reduce pain and thus the use of analgesics during childbirth. With the introduction in 1933 of Dr. Grantly Dick Read's theory that excessive pain during labor results from muscle tension due to fear of the birthing process, hypnosis programs were developed with the central objective to break this cycle of pain (Dick-Read, 2013; Semple & Newburn, 2011). Moreover, hypnosis programs typically include the goal of increasing the mother's sense of confidence and control. Techniques, such as imagery and positive suggestions, aim to develop the mother's ability to control her stress and associated physical symptoms, but also to practice a state of relaxation and acceptance of the birth experience (Bellet, 2015; Semple & Newburn, 2011). They also often include a larger spectrum of content, such as suggestions and visualization of a positive experience of pregnancy and post-partum life (e.g., bonding with child, breastfeeding, well-being, ego-strengthening etc.) (e.g., Werner et al., 2012).

To our knowledge, no review has been conducted to explore the effects of hypnosis on post-partum life and pregnancy. Therefore, this article aims to review the published effects relating to a broader spectrum of outcomes during the entire perinatal period, which includes pregnancy,

childbirth, and the postnatal period. In this regard, the main objective of this systematic review was to identify studies that used hypnosis during the perinatal period and present their main findings. Secondary objectives were to examine current hypnosis intervention protocols and to evaluate whether the use of hypnosis is an effective complementary intervention during the perinatal period while assessing the methodological quality of included studies.

2.3 Method

2.3.1 Search strategy

Our search covered PubMed, MEDLINE (Ovid), Embase (Ovid), EBM reviews, PsycINFO, Web of Science and EBSCO databases, from 1960 to April 01, 2021, for articles presenting outcomes on the use of hypnosis during the perinatal period. Searches were restricted to 1960 given that important studies about hypnosis and maternity began to emerge during this era. The search strategy was: Hypno* AND (obstetric* OR labor OR childbirth OR birth OR deliver* OR pregnanc*) AND (pain OR fear OR anxiet* OR post-partum depression OR depression OR distress OR satisfaction). A manual search for relevant articles was completed using the reference lists of included articles.

2.3.2 Selection criteria

All published randomized controlled trials (RCTs) and non-randomized controlled trials (NRCTs) assessing the effectiveness of hypnosis during the perinatal period were included. There were no language or ethnicity restrictions. Included studies evaluated several pregnancy phases such as labor, delivery, and the post-natal period, as experienced by healthy women aged 18 years or older. Studies were excluded if they 1) did not use an experimental or quasi-experimental design, 2) did not clearly identify hypnosis as one of the comparison treatments (hypnosis combined with another intervention was excluded), 3) were not published in a peer-reviewed journal, or 4) involved a pregnancy termination procedure.

2.3.3 Selection procedure and data extraction

Two independent investigators (ED and SN) reviewed study eligibility. All titles and abstracts were first read and evaluated. All articles considered eligible were retrieved for full-text review. Data extraction forms followed the guidelines from Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Higgins et al., 2019). Data extraction was also performed by two reviewers (ED and SN). Disagreements at any stage of the selection and extraction process were resolved by discussion and consensus.

2.3.4 Risk of bias assessment

Methodological quality for RCTs was assessed using the Revised Cochrane Risk-of-Bias tool for randomized trials (RoB 2) and NRCTs were assessed using the Risk Of Bias In Non-randomized Studies – of Interventions (ROBINS-I) (Higgins et al., 2019; Sterne et al., 2016). Two authors (ED and SN) conducted the assessment independently. Disagreements were discussed and resolved by consensus.

2.4 Results

2.4.1 Study selection

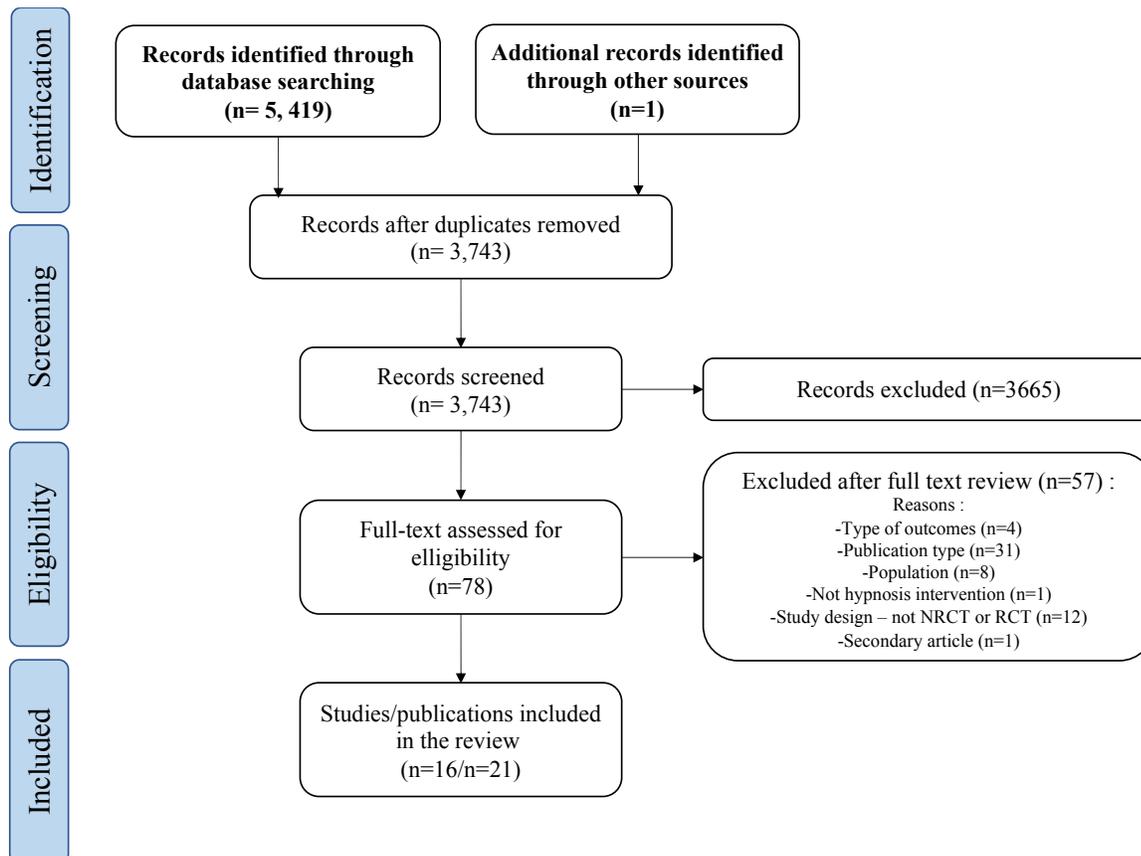
The search yielded 5419 articles from which 1677 duplicates were removed, leaving 3742 articles. Of these, a title and abstract screening led to the exclusion of 3665 articles. The remaining 77 articles were submitted for full-text review. Fifty-seven articles were excluded since they did not meet our inclusion criteria: 31 were excluded due to the publication type (e.g., abstract, dissertation, short report), 12 were excluded due to the study design (e.g., case reports, qualitative study), eight were excluded due to the population type (e.g., pregnancy termination), four were excluded because they did not evaluate the effect of hypnosis on perinatal outcomes, one study did not meet the criteria for hypnosis (i.e., combination of treatments) and one paper was a secondary article (see Supplementary Table S1). The 20 remaining articles were included. One additional article was added after hand-searching (e.g., backward, and forward reference search), which led to a total of 21 papers published between 1962 and 2021 (see figure 1). Of

these 21 articles, four presented data from the same study (Werner et al., 2013a; Werner et al., 2012; Werner et al., 2013b; Werner et al., 2020) and three articles described data from a single NRCT (Beevi et al., 2016, 2017, 2019). Therefore, 16 studies were identified, 10 of which were RCTs and six were NRCTs.

Effect sizes (Cohen’s d) were estimated in some of the following reported studies using reported sample sizes, means, and standard deviation. In addition, one study did not report any statistical analysis (Brann & Guzvica, 1987). We have therefore calculated the statistical significance of that study on SPSS 27 (IBM Corp., 2020) using reported sample sizes, percentages, mean scores, and standard deviation (Chi-squared test or Student’s T-test). These results should be treated with caution since the assumption of normality could not be tested.

Figure 2.1

Flow chart of study selection according to PRISMA



2.4.2 Risk of bias assessment

The results of the risk of bias assessment are summarized in Table 1. Methodological quality of the 13 RCT's was generally strong, although six articles showed a moderate or high risk of bias from adhering to intervention (domain 2b in Table 1). Moreover, studies by Guse et al. (2006) and Vasra and Murdiningsih (2020) had poor methodological quality (moderate or high concerns in all domains). The quality assessment of the NRCT's papers showed an overall moderate risk of bias. Most papers showed a moderate or serious risk of bias in domains 1 (bias due to confounding) and 6 (bias in the measurement of outcomes). Three articles were judged to have an overall serious risk of bias (Davidson, 1962; Kurnaesih et al., 2021; Letts et al., 1993). A lack of information in one of the seven domains was also evident in these three articles.

Tableau 2.1

Results of assessment of methodological quality of the included studies

RCTs (RoB 2)	Domain 1 <i>Randomization process</i>	Domain 2a <i>Effect of assignment to intervention</i>	Domain 2b <i>Effect of adhering to intervention</i>	Domain 3 <i>Missing outcome data</i>	Domain 4 <i>Measurement of outcome</i>	Domain 5 <i>Selection of reported result</i>	
Atis and Rathfisch (2018)	●	●	●	●	●	●	
Cyna et al. (2013)	●	●	●	●	●	●	
Downe et al. (2015)	●	●	●	●	●	●	
Guse et al. (2006)	●	●	●	●	●	●	
Harmon et al. (1990)	●	●	●	●	●	●	
Mehl-Madrone (2004)	●	●	●	●	●	●	
Rock et al. (1969)	●	●	●	●	●	●	
Uludag and Mete (2020)	●	●	●	●	●	●	
Vasra and Murdiningsih (2020)	●	●	●	●	●	●	
Werner et al. (2012; 2013a; 2013b; 2020)	●	●	●	●	●	●	
NRCTs (ROBINS I)	Domain 1 <i>Confounding</i>	Domain 2 <i>Selection of participants</i>	Domain 3 <i>Classifications of interventions</i>	Domain 4 <i>Deviations to intended interventions</i>	Domain 5 <i>Missing data</i>	Domain 6 <i>Measuring outcomes</i>	Domain 7 <i>Selection of the reporting</i>
Beevi et al. (2016; 2017)	●	●	●	●	●	●	●
Beevi et al. (2019)	●	●	●	●	●	●	●
Brann and Guzvica (1987)	●	●	●	●	●	●	●
Davidson (1962)	●	●	●	●	●	●	●
Kurnaesih et al. (2021)	●	●	●	●	●	●	●
Letts et al. (1993)	●	●	●	●	●	●	●
Waisblat et al. (2017)	●	●	●	●	●	●	●

Notes.

Revised Cochrane Risk-of-Bias tool for randomized trial (RoB 2) judgement legend: Low risk (green), moderate risk (yellow) and high risk (red); Risk Of Bias in Non-randomized Studies - of interventions (ROBINS I) judgement legend: Low risk (green), Moderate risk (yellow), serious risk (red), Critical risk (dark red), no information (gray)

2.4.3 Summary of clinical protocols and results

Of the sixteen included studies, the samples ranged from 27 to 1222 participants. Seven studies (44%) used an active comparison group, such as relaxation techniques (Werner et al., 2013a; Werner et al., 2012; Werner et al., 2013b; Werner et al., 2020), psychotherapy or counseling (Kurnaesih et al., 2021; Mehl-Madrona, 2004), hypnosis training using CDs (Cyna et al., 2013), childbirth training (Harmon et al., 1990), breathing training (Brann & Guzvica, 1987), and physiotherapy (Davidson, 1962). The remaining 9 studies (56%) used a passive comparison group (treatment as usual; TAU).

Of these 16 studies, four (25%) evaluated the effects of a hypnosis intervention during childbirth (Kurnaesih et al., 2021; Rock et al., 1969; Uludağ & Mete, 2020; Waisblat et al., 2017), 11 (69%) evaluated the effects of an antenatal hypnosis training program (Atis & Rathfisch, 2018; Beevi et al., 2016, 2017, 2019; Brann & Guzvica, 1987; Cyna et al., 2013; Downe et al., 2015; Guse et al., 2006; Harmon et al., 1990; Letts et al., 1993; Mehl-Madrona, 2004; Vasra & Murdiningsih, 2020; Werner et al., 2013a; Werner et al., 2012; Werner et al., 2013b; Werner et al., 2020), and one study (6%) combined both approaches (Davidson, 1962).

Antenatal hypnosis training was generally offered in a group setting and training duration ranged from 1.5 to 15 hours, typically from 1 to 4 sessions. During the sessions, participants practiced hypnosis with self-hypnosis techniques or heterohypnosis with a hypnosis practitioner (e.g., psychologist, midwife, physician). Sessions typically addressed fear, anxiety, pain management, and confidence. Some studies also addressed the development of motherhood identity and postnatal well-being. Hypnosis exercises and techniques included relaxation (e.g., progressive muscle relaxation), suggestions for deep and slow breathing, deepening of state (suggestion to reach a deeper and open hypnotic state), ego-strengthening routine, visual imagery (e.g., staircase, safe-place), time distortion and amnesia suggestions, and lower body analgesia/anesthesia suggestions. CDs were also used in three studies to encourage practice between sessions and before childbirth (Cyna et al., 2013; Downe et al., 2015; Werner et al.,

2013a; Werner et al., 2012; Werner et al., 2013b; Werner et al., 2020). Hypnosis techniques used during labor were typically facilitated by a midwife or a member of the medical team (anesthetist, medical student, or obstetrician). The eye-fixation method was often used to induce hypnosis. Relaxation, breathing exercises, and positive imagery suggestions were then used to maintain a state of comfort. Facilitators also used positive communication throughout child-birthing. Four studies failed to describe adequately the hypnosis exercises and suggestions used (Kurnaesih et al., 2021; Rock et al., 1969; Uludağ & Mete, 2020; Vasra & Murdiningsih, 2020). See supplementary Table S2 for more details about training content, format, and theoretical background.

Tableau 2.2

Description of intervention studies included in the review

Study	Country	N	Average age	Design	Groups	Intervention	# sessions	Total duration (hours)	Outcomes (Measures) and effects (+, - or x)*		
									Pregnancy	Childbirth	Postnatal
Davidson (1962)	United Kingdom	210	24.3	NRCT	1) HYP; 2) Physiotherapy; 3) TAU	Antenatal and during labor (self)	6	1.5		Newborn outcomes (weight, episiotomy, blood loss): x Labor outcomes (duration): + Use of analgesics: +	Satisfaction: +
Rock et al. (1969)	United States	40	20.4	RCT	1) HYP; 2) TAU	During labor (hetero)	1	NR		Use of analgesics: +	Satisfaction: x
Brann and Guvica (1987)	United Kingdom	96	27.6	NRCT	1) HYP; 2) Psychoprophylaxis	Antenatal (hetero)	NR + cassette	NR		Labor outcomes (blood pressure and blood loss, type of delivery, duration): NR Newborn outcomes (weight, Apgar score): NR Use of analgesics: NR	Breastfeeding (6 weeks postnatal): x Satisfaction: +
Harmon et al. (1990)	United States	60	25.0	RCT	1) HYP + Childbirth training; 2) Childbirth training	Antenatal (hetero)	6	6		Pain (MPQ) and use of analgesics: + Labor outcomes (stage 1 duration, spontaneous deliveries): + Newborn outcomes (Apgar score): +	
Letts et al. (1993)	Canada	495	28.4	NRCT	1) HYP; 2) TAU; 3) TAU (Medical stats)	Antenatal (self)	2	3		Labor outcomes (use of intravenous lines, episiotomy rates, labor room deliveries, 2 nd stage duration): + ; (spontaneous vaginal deliveries, interval between arrival and anesthesia, cervical dilatation, artificial ruptures of membranes): x Epidural rate: +	Satisfaction (LADSI): x
Mehl-Madrone (2004)	United States	520	27.0	RCT	1) HYP; 2) Supportive psychotherapy; 3) TAU	Antenatal (NR)	1 - 60	NR		Labor outcomes (oxytocin induction, complicated births): + Use of analgesics and epidural: + Psychological outcomes (Holmes-Rahe Life Stress Inventory; MAS; DAS; BDI): +	

Guse et al. (2006)	South Africa	46	NR	RCT	1) HYP; 2) TAU	Antenatal (self)	6	NR		Psychological outcomes pre-post (FRB, MSC, EPDS, GHQ, SWLS, AFM, SOC, GSE): + (except PLD)	Psychological outcomes pre-follow-up 2 months (EPDS, GHQ): +, (PLD, FRB, MSC, SWLS, AFM, SOC, GSE): x
Werner et al. (2012; 2013a; 2013b; 2020)	Danmark	1222	29.8	RCT	1) HYP; 2) Relaxation; 3) TAU	Antenatal (self)	3	+ 3		Use of epidural analgesia: x Pain (NRS): x	
	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem		Labor outcomes (vaginal birth duration, emergency cesarean section, other interventions, rupture of the membranes): x Neonatal outcomes: x Use of analgesics: x	Lactation success (6 months): x Caring for the child (Likert-scale question): x
	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Expectations (W-DEQ A): +		Childbirth experience (W-DEQ B): +
	Idem	362	29.9	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Cortisol: x	Pushing phase, 30 min and 2 hours (cortisol): x	6 weeks (cortisol): x
Cyna et al. (2013)	Australia	448	31.0	RCT	1) HYP+CD; 2) CD only; 3) TAU	Antenatal (hetero)	3	+ 3		Use of analgesics: x Labor outcomes: x, except induction with prostaglandins: +	Satisfaction (custom questionnaire): x Psychological outcomes (6 weeks postpartum; STAI and EPDS): x Breastfeeding (6 weeks): -
Downe et al. (2015)	United Kingdom	672	28.5	RCT	1) HYP; 2) TAU	Antenatal (self)	2	+ 3		Clinical and psychological data: x (27 of 29 outcomes); anxiety and fear (custom questionnaire): + Use of epidural analgesia: x	
Beevi et al. (2016, 2017, 2019)	Malaysia	56	28.8	NRCT	1) HYP; 2) TAU	Antenatal (self)	4	NR		Psychological outcomes (DASS-21; weeks 16, 20, 28 and 36; differences compared to baseline 1) Stress: Time 1 and 2: x; Time 3: + 2) Anxiety: Time 1 and 2: x; Time 3: + 3) Depression: x Differences between groups: x	

									Physical symptoms (Pregnancy Symptoms Checklist; differences between groups): Time 1 and 3: + ; Time 2 : x	
	Idem	45	28.6	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Labor outcomes (2 nd and 3 rd stage duration, epidural, forceps assisted labor, method of delivery and vacuum-assisted): x Neonatal outcomes: x Use of analgesics: + Pain (VAS): -	
	Idem	27	28.4	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem		Psychological outcomes (DASS-21; 2 months): stress: x; anxiety: +; depressive symptoms: + Postpartum depression risk (EPDS): +
Waisblat et al. (2017)	France	155	30.0	NRCT	1) HYP; 2) TAU	During labor (hetero)	1	NR	Pain and fear (NRS; reported by physicians): x Pain and fear (NRS; reported by participants): +	
Atis and Rathfisch (2018)	Turkey	60 (30:30)	NR	RCT	1) HYP; 2) TAU	Antenatal (hetero)	4	12	Labor outcomes (2 nd and 3 rd stages duration): + Newborn outcomes (features of the newborns and Apgar score): x Pain (VAS, reported in latent, active and transition phase): + Fear (W-DEQ B): +	Breastfeeding (time delay): +
Uludag and Mete (2020)	Turkey	60	25.2	RCT	1) HYP; 2) TAU	During labor (NR)	1	NR	Labor outcomes (1 st and 2 nd stage duration): + Fear and pain (VAS): +	Satisfaction (women's perception of supportive care given during labor; SLE): +
Vasra and Murdiningsih (2020)	Indonesia	32	NR	RCT	1) HYP; 2) TAU	Antenatal (NR)	NR	NR	Labor process/pain (NR): x	
Kurnaesih et al. (2021)	Indonesia	40	NR	NRCT	1) HYP; 2) Counseling	During labor (hetero)	1	NR	Pain (NR) pre-post: + (both groups)	

*Positive effect (+); Negative effect (-); No effects (x) (based on statistical analysis)

Notes. Idem: same as previously mentioned. Non-randomized controlled trial (NRCT); Not Reported (NR); Randomized controlled trial (RCT); Treatment As Usual (TAU). Assessment tools acronyms: Affectometer 2 (AFM); Beck Depression Inventory (BDI); Birth Satisfaction Scale-Short form (BSS-S); Dyadic Adjustment Scale (DAS); Edinburgh Depression Scale (EPDS); Edinburgh Postnatal depression Scale (EPDS); General Health Questionnaires (GHQ); Generalized Self-Efficacy Scale (GSE); Labor and Delivery Satisfaction Index (LADSI); Maternal Self-Confidence Scale (MSC); McGill Pain Questionnaire (MPQ); Mother's feeling about their baby (FRB); Numerical Rating Scale (NRS); Perception of Labor and Delivery (PLD); Perceived Stress Scale (PSS); Postnatal evaluation form; Satisfaction with Labor Experience Sub-Scale of Postpartum Self-Evaluation Questionnaire (SLE); Satisfaction with Life Scale (SWLS); Sense of Coherence Scale (SOC); Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI); Taylor Manifest Anxiety Scale (MAS); Visual Analog Scale (VAS); WHO-5 Well-Being Index (WHO-5); Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ).

2.4.3.1 Effects on pregnancy

Psychological symptoms. Two studies investigated distressing psychological symptoms associated with pregnancy. Specifically, Mehl-Madrona (2004)'s RCT assessed anxiety, fear, and depression, using the Taylor Manifest Anxiety Scale, the Holmes-Rahe Life Stress Inventory, and the Beck Depression Inventory. Mehl-Madrona (2004) observed an association between these psychosocial variables and pregnancy complications (i.e., required the use of obstetrical technology), but according to the author, hypnosis training appeared to mitigate this association. However, the author did not provide evidence for this claim, showing a methodological issue. Similarly, a NRCT study by Beevi et al. (2016) used the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) at four-time points (weeks 12, 20, 28, and 36). Results suggested a significant reduction in stress and anxiety subscores at week 36 in the hypnosis group, indicating a transition from moderate stress and extreme anxiety at baseline, to normal levels of stress and mild anxiety at week 36 according to DASS-21 clinical cut-off ranges (Lovibond & Lovibond, 1995). Non-significant reductions were observed during weeks 20 and 28. Moreover, no significant reduction was detected in the depression subscore. On the other hand, the control group did not show any statistically significant reductions in stress, anxiety, or depressive symptoms at any timepoint. Though non-significant, in looking at DASS-21 cut-off ranges, the control group showed severe levels of anxiety at weeks 12 and 20, which increased to extreme at week 36. Depression subscores were stable (moderate) across timepoints, and stress subscores showed a reduction from mild at week 12, to normal at weeks 20, 28, and 36.

Physical symptoms. Only one study examined the influence of hypnosis on pregnancy-associated physical symptoms. Beevi et al. (2016)'s RCT assessed changes in physical symptoms using the Pregnancy Symptoms Checklist (developed by the authors), which includes 24 common symptoms such as nausea, frequent urination, and back pain. The authors observed significant differences between groups, with the experimental group experiencing fewer physical symptoms compared to the control group at weeks 20 ($d = 0.99$) and 36 ($d = 0.87$).

2.4.3.2 Effects on labor, delivery, and newborn health

Pain. Among the studies investigating pain variables, 15 reported data on pain experienced during childbirth, including 10 assessing the quantity of analgesics administered and the use of epidural injection. Among these, six studies (60%), including three RCTs, identified significant differences favoring the hypnosis-trained group over the control group (Beevi et al., 2017; Davidson, 1962; Harmon et al., 1990; Letts et al., 1993; Mehl-Madrona, 2004; Rock et al., 1969). Some serious methodological issues were however identified in two studies that reported benefits of hypnosis in terms of analgesics use (Davidson, 1962; Letts et al., 1993). Furthermore, four (40%) studies failed to observe significant differences (Brann & Guzvica, 1987; Cyna et al., 2013; Downe et al., 2015; Werner et al., 2012).

Similarly, six studies assessed pain using visual or numerical self-reported assessment scales. Of these, five studies (83%), including three RCTs, showed significantly lower pain levels in hypnosis-trained participants (Atis & Rathfisch, 2018; Beevi et al., 2017; Rock et al., 1969; Uludağ & Mete, 2020; Waisblat et al., 2017). Effect sizes could be calculated from three of these previous studies, revealing medium to large effects ($d = 0.48$ to 2.04) (Beevi et al., 2017; Uludağ & Mete, 2020; Waisblat et al., 2017). One study (17%) failed to observe significant differences (Werner et al., 2012).

Kurnaesih et al. (2021)'s NRCT and Vasra and Murdiningsih (2020)'s RCT, which showed major methodological issues, also measured pain but did not indicate the assessment tools. Nevertheless, the first study identified a significant pre-post reduction in pain in both groups and the second identified no significant differences between groups.

Delivery and newborn outcomes. Ten studies assessed the duration of childbirth. Amongst them, five (50%), including three RCTs, found significantly shorter delivery durations in the experimental group (Atis & Rathfisch, 2018; Davidson, 1962; Harmon et al., 1990; Letts et al., 1993; Uludağ & Mete, 2020), whereas five (50%) failed to observe significant differences (Beevi et al., 2017; Brann & Guzvica, 1987; Downe et al., 2015; Vasra & Murdiningsih, 2020; Werner et al., 2013a). Small

and large effect sizes could be estimated with available data from two of the previous studies ($d = 0.92$; $d = 0.2$) (Letts et al., 1993; Uludağ & Mete, 2020).

Major methodological issues were however found in one study reporting delivery benefits (Letts et al., 1993) and one study reporting no significant differences (Vasra & Murdiningsih, 2020).

A second frequently studied factor was the delivery method. Seven studies examined this issue, of which six (86%) did not identify significant differences between groups (Beevi et al., 2017; Brann & Guzvica, 1987; Cyna et al., 2013; Downe et al., 2015; Letts et al., 1993; Werner et al., 2013a). However, Mehl-Madrona (2004)'s RCT reported a smaller number of cesarean sections in the group receiving hypnotic treatment compared to the group receiving psychotherapy. Finally, Table 2 presents further information and outcomes of the many variables related to the delivery process and to newborns' health.

Psychological symptoms. Three studies assessed psychological variables during childbirth, two of which measured fear using a numerical rating scale, and the third assessed stress using salivary cortisol. Both studies measuring fear during childbirth noted lower levels reported by participants in the experimental group. Analyses from Uludağ and Mete (2020)'s RCT showed that fear of childbirth was significantly lower in the hypnosis group compared to the control group receiving TAU (reported data allowed to estimate large effect sizes, which varied from $d = 1.43$ to 2.26). In Waisblat et al. (2017)'s NRCT, physicians present in the delivery room did not observe differences in fear between the experimental group receiving hypnotic communication during delivery and the control group. However, results of patients' self-reported evaluation indicated significantly lower levels of fear compared to the control group (medium effect size estimated by our team; $d = 0.52$). Finally, Werner et al. (2020)'s RCT examined salivary cortisol levels during childbirth. No significant differences in stress were detected between the groups (hypnosis, relaxation, and TAU).

2.4.3.3 Effects on postnatal life

Breastfeeding. Six studies examined the influence of hypnosis on breastfeeding. Of these, two studies investigated the incidence of breastfeeding. In their RCT, Atis and Rathfisch (2018) assessed incidence in terms of the time elapsed between delivery and first-time breastfeeding. Authors observed a shorter duration in the experimental group compared to the control group. However, an RCT study from Werner et al. (2013a) reported no significant differences in lactation success and duration between groups.

Five studies examined newborn feeding methods, four of which (80%) identified no significant differences in the choice of breastfeeding at hospital discharge (Cyna et al., 2013; Letts et al., 1993) and at six weeks postpartum (Brann & Guzvica, 1987; Downe et al., 2015) compared to control groups. However, Cyna et al. (2013)'s RCT reported that significantly more women in the control group were exclusively breastfeeding at six weeks compared to those in the hypnosis group.

Serious methodological issues were however identified in Letts et al. (1993)'s study, which found no significant differences in terms of breastfeeding.

Psychological symptoms. Four studies examined the effects of hypnosis on postpartum psychological symptoms. Of these, two (50%) found significant differences. In their NRCT, Beevi et al. (2019) observed lower scores of postpartum depression risk in the experimental group at two months at a large effect size ($d = 1.45$), per the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Results also showed a low risk of postpartum depression in the experimental group compared to a possible risk in the control group according to EPDS cut-off ranges (Pearlstein, 2015). Large effect sizes were also observed for anxiety ($d = .85$) and depressive ($d = 1.26$) symptoms per the DASS-2. Results also suggested normal mean levels of depressive and anxiety symptoms in the experimental group, compared to a mild mean level of depressive symptoms and an extreme mean level of anxiety symptoms in the TAU group according to the DASS-21 cut-off ranges (Lovibond & Lovibond, 1995). However, differences in stress were not statistically significant.

Similarly, Guse et al. (2006)'s RCT indicated improvement in the experimental group at two weeks postpartum on the majority of measures assessing psychological well-being (e.g., EPDS, General Health Questionnaires, Maternal Self-Confidence Scale) at medium to large effect sizes ($d = 0.42$ to 0.88), whereas the control group (TAU) was generally unchanged. Similar results were observed at 10 weeks postpartum ($d = 0.50$ to 1.15). Major methodological issues were however found in Guse et al. (2006)'s study. In contrast, Downe et al. (2015)'s RCT did not identify significant differences in psychological measures between groups at two or six weeks postpartum. Werner et al. (2020)'s RCT, which measured cortisol at six weeks postpartum, also found no statistical differences between groups.

2.4.3.4 Effects on satisfaction

Eight studies described mothers' satisfaction with childbirth. Although most studies reported high levels of satisfaction among participants, four (50%), including two RCTs, reported more positive feedback from the experimental groups as opposed to the control groups. Satisfaction was assessed using the Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire (Werner et al., 2013b), the satisfaction with labor experience sub-scale of the Postpartum Self-Evaluation Questionnaire (Uludağ & Mete, 2020), a linear analog test ($d = 0.66$) (Brann & Guzvica, 1987), and a questionnaire developed by the authors (Davidson, 1962). In contrast, three (38%) studies, including two RCTs, concluded that hypnosis training did not have a significant effect on satisfaction, as measured by the Labor and Delivery Satisfaction Index (Letts et al., 1993) and questionnaires developed by the authors (Cyna et al., 2013; Rock et al., 1969). Further, all 30 participants belonging to the experimental group in the Atis and Rathfisch (2018)'s RCT reported that hypnosis training helped relaxation, brought peace and confidence, reduced feelings of pain, and helped adapt to the environment. All participants also recommended hypnosis to their family and friends.

Nonetheless, it should be emphasized that major methodological issues were identified in Letts et al. (1993)'s study, which found no benefits in satisfaction and Davidson (1962)'s study, which found benefits in satisfaction.

2.5 Discussion

Twenty-one papers (16 studies) were included in this review. Most researchers implemented an antenatal hypnosis training program, and a few studied the effects of heterohypnosis during childbirth. Similar results were observed between antenatal training and hypnosis during childbirth protocols in terms of pain management and psychological symptoms during childbirth. Also, findings suggest a positive impact of hypnosis on mothers' overall psychological well-being, with a few studies showing the positive influence of hypnosis on fear, anxiety, and depressive symptoms during pregnancy and childbirth (Beevi et al., 2016; Mehl-Madrona, 2004; Uludağ & Mete, 2020; Waisblat et al., 2017). When sufficient information was available, we calculated clinical differences based on the measurement scoring and suggested clinical threshold. Clinical results were consistent with statistical results, showing substantial differences in psychometric scores. This has important implications given that psychological difficulties associated with the perinatal period are now well documented (e.g., Dunkel Schetter, 2011; Schetter & Tanner, 2012; Shorey et al., 2018).

In addition, this review found that more than half of the studies evaluating the effect of hypnosis on pain reported a significant reduction in the use of analgesics or a lower self-reported pain index in the experimental group. These results are promising and consistent with what would be expected. A recent systematic review of meta-analyses including only RCTs on general medical use of hypnosis concluded that the therapeutic technique is an effective complement to anesthesia and other modern medical techniques (Häuser et al., 2016). Specifically, the review suggested that hypnosis reduces pain, anxiety, and the consumption of analgesics and sedatives in a wide range of medical fields. However, the difference between objective medical data (analgesics and epidural use) and self-reported data collected by the studies in this review is questionable; there was a higher proportion of studies showing positive effects of hypnosis on self-reported data compared to medical data. Presumably, these differences may have also been influenced by intervening variables such as healthcare providers. Additionally, of the 15 studies assessing pain during childbirth, only three presented both objective and subjective data (Beevi et al., 2017; Rock et al., 1969; Werner et al., 2012). Although these studies identified consistent

results across both measures, it would be interesting for further research to include both types of data to validate this consistency. Finally, considering the quantity of medication used would also ensure that differences in pain levels are not solely due to the amount of analgesics administered.

Furthermore, medium to large effect sizes was generally reported by researchers or estimated by our research team when sufficient data were available. These encouraging results regarding fear reduction and the optimistic results regarding pain reduction during childbirth are also consistent with the pain cycle theory developed by obstetrician Grantly Dick-Read (2013) This theory posits the existence of a retroactive feedback loop between the fear experienced by the mother which produces tension in her body, and by the same process, results in acute sensations of pain.

Moreover, five studies showed shorter delivery times in the experimental group. One previous study provided an explanation for this shorter delivery time by showing that childbirth-related anxiety was a predictor of childbirth duration (Reck et al., 2013). A more recent study, however, did not identify this association, but rather found an association between anxiety and epidural use, which in turn was associated with longer labor (Slade et al., 2021). In sum, these results may have important implications, as length of labor has been associated with increased risk of neonatal and maternal complications and morbidities (e.g., Blankenship et al., 2020; Frolova et al., 2016; Simic et al., 2017). However, more research is needed to better understand the link between the hypnotic state and its effects on labor duration.

Among the other variables investigated, contradictory results were found regarding postnatal psychological symptoms, breastfeeding, and mothers' satisfaction. Hypnosis training also appears to have little effect on the delivery process and newborn health. However, several external variables may have influenced these results. For example, in the case of delivery method, the occurrence of cesarean section is predicted by a previous cesarean section, fetal position, presence of a chronic condition, or complications during pregnancy (Stivanello et al., 2014; Witt et al., 2015). Similarly, the choice of feeding method may be influenced by the mother's level of education or by a lack of breastfeeding information or promotion by health care providers

(Colombo et al., 2018; Takahashi et al., 2017). Also, differences in satisfaction may be influenced by external factors, such as the potential relationship between healthcare providers and the presence of complications during childbirth. Interviews with mothers could provide more detailed information on lived experience and satisfaction while taking external factors into consideration. Similarly, future research on the satisfaction of mothers who experienced the birthing process both with and without hypnosis, and studies comparing the results of primiparous mothers to multiparous mothers, could provide additional information on this topic. Moreover, it can be hypothesized that the discrepant results with respect to postpartum psychological symptoms can be explained by a lack of practice and applied learning following hospital discharge. Training formats including home practice or recorded scripts may be useful to generalize throughout the course of motherhood. Inclusion of hypnosis techniques specifically related to post-natal life may however be necessary. Further research is therefore needed to obtain a better understanding.

2.5.1 Limitations

This review highlights the broad influence of this therapeutic technique on women's physical and psychological health during the perinatal period. However, several limitations warrant discussion. First, only RCTs and NRCTs studies were included in this review, and thus many studies were omitted. Second, some articles did not provide a detailed explanation of the training or induction methods used in the study protocol. It would have been interesting to contact the authors to obtain additional information on how the given interventions were developed and implemented. Third, among those that did describe the hypnotic program and techniques implemented, there was considerable variability in the format and techniques used. This may be due to the diversity of theories and approaches behind this therapeutic tool. Comparative studies could help identify the most effective and feasible techniques. Similarly, there was of a lot of variability in the types of variables measured and in the assessment measures. As such, comparisons were limited, which also prevented us from conducting a meta-analysis. Additionally, it is important to note the presence of critical methodological biases in some of the included studies, as indicated by the quality assessment. Two RCTs and three NRCTs presented major risks of bias, not to mention that NRCTs were generally of moderate quality. Results from these studies should be interpreted with

caution. Finally, a central limitation in hypnosis research is the lack of data about adverse effects. None of the included studies discussed this matter which raises the need for such data in future studies.

2.6 Conclusion

In summary, this review described a wide range of hypnosis applications in the treatment of physical and psychological symptoms during the perinatal period. Several studies showed promising results, such as the reduction of anxiety and depressive symptoms during pregnancy and childbirth, as well as the reduction of pain and labor duration. Moreover, since antenatal sessions showed similar results to studies that only implemented hypnosis during labor, in terms of pain management and psychological symptoms during childbirth, we suggest the replication of the latter type of protocol to investigate this claim. This could have important implications considering that the application of hypnosis techniques during childbirth is less costly in terms of time, resources, and money. On the other hand, contradictory results were found on many study variables. There were also major differences in implementation methods and measurement tools used. Some studies also exhibited significant methodological biases, which raises doubt regarding the validity of reported outcomes. The replication of effective and well-designed protocols is therefore needed to validate the usefulness of hypnosis on the various physical and psychological variables surrounding maternity life.

Data availability statement

The data supporting this study's findings are available from first author, ED, upon request.

Disclosure statement

The authors report there are no competing interests to declare.

Tableau 2.3 / Supplementary Table S1

Article selection following full text review

Study	Title	Included (yes/no)	Reason for exclusion
Alexander et al. (2009)	The effect of pregnancy on hypnotizability	No	Wrong outcome
Atis and Rathfisch (2018)	The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear	Yes	
Beevi et al. (2016)	Impact of hypnosis intervention in alleviating psychological and physical symptoms during pregnancy	Yes	
Beevi et al. (2017)	The effectiveness of hypnosis intervention for labor: an experimental study	Yes	
Beevi et al. (2019)	The effectiveness of hypnosis intervention in alleviating postpartum psychological symptoms	Yes	
Brann et guzvica (1987)	Comparison of hypnosis with conventional relaxation for antenatal and intrapartum use: feasibility study in general practice	Yes	
Bülez et al. (2019)	Evaluation of the effect of hypnobirthing education during antenatal period on fear of childbirth	No	Wrong study design (case-control)
Bülez et al. (2020)	A quasi-experimental study to assess hypnobirthing educational intervention on labor pain and fear of childbirth—the case of eskisehir/turkey	No	Wrong study design (single-group pre-post design)
Burns (2013)	Hypnobirthing in Ayrshire	No	Wrong publication type (review)
Crawford-faucher (2012)	Mind over body: hypnosis during childbirth	No	Wrong publication type (review)
Cyna et al. (2006)	Antenatal self-hypnosis for labour and childbirth: a pilot study	No	Wrong study design (retrospective data)
Cyna et al. (2006b)	Hypnosis antenatal training for childbirth (hatch): a randomised controlled trial [nct00282204]	No	Wrong publication type (study protocol)
Cyna et al. (2013)	Hypnosis antenatal training for childbirth: a randomised controlled trial	Yes	
Davidson (1962)	An assessment of the value of hypnosis in pregnancy and labour	Yes	

Downe et al. (2015)	Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: a randomised controlled trial of clinical effectiveness	Yes	
Dufresne et al. (2010)	Hypnotizability and opinions about hypnosis in a clinical trial for the hypnotic control of pain and anxiety during pregnancy termination	No	Wrong population
Finlayson et al. (2015)	Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour	No	Wrong study design (qualitative study)
Freeman et al. (1986)	Randomised trial of self-hypnosis for analgesia in labour	No	Wrong publication type (short report)
Flood (2013)	A report from #bluejc: can antenatal hypnosis reduce the use of pharmacological analgesia in labour?	No	Wrong publication type (review)
Graves (2013)	Hypnobirthing in the nhs	No	Wrong publication type (review)
Guse et al. (2006)	The effect of a prenatal hypnotherapeutic programme on postnatal maternal psychological well-being	Yes	
Guse et al. (2006)	A prenatal hypnotherapeutic program to enhance postnatal psychological wellbeing	No	Secondary article
Guthrie et al. (1984)	Maternal hypnosis induced by husbands during childbirth	No	Wrong publication type (short report)
Harkin (2015)	Supporting hypnobirthing	No	Wrong publication type (review)
Harmon et al. (1990)	Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education	Yes	
Hollington et al. (2009)	Knowledge and attitudes of pregnant women regarding the use of hypnosis in childbirth	No	Wrong publication type (abstract)
Howe (1999)	Every birth is sacred: helping each other through the pain of cesarean section	No	Wrong publication type (review)
Howell (2011)	A retrospective survey on the psychosomatic and pharmacological outcomes of women using natal hypnotherapy CDs during pregnancy	No	Wrong publication type (abstract)
Jenkins and Pritchard (1993)	Hypnosis: practical applications and theoretical considerations in normal labour	No	Wrong study design (case-control)
Kelly (1962)	Effect of hypnotically induced anxiety on uterine muscle	No	Wrong outcome
Ketterhagen et al. (2002)	Self-hypnosis: alternative anesthesia for childbirth	No	Wrong publication type (review)

Kroger (1953)	Hypnotherapy in obstetrics and gynecology	No	Wrong publication type (review)
Kurnaesih et al. (2021)	The implementation of hypnobirthing effect on pain relief in the intrapartum period at klinik pratama rakyat hospital makassar	Yes	
Letts et al. (1993)	The use of hypnosis in labor and delivery: a preliminary study	Yes	
Legrand et al. (2017)	Effects of hypnosis during pregnancy: a psychophysiological study on maternal stress	No	Wrong study design (single subject ABA design)
Long and bradshaw (2017)	Hypnobirthing: an alternative approach	No	Wrong publication type (review)
Mantle (2003)	Can hypnosis reduce postnatal depression?	No	Wrong publication type (review)
Marc et al. (2009)	Women's views regarding hypnosis for the control of surgical pain in the context of a randomized clinical trial		Wrong population (abortion)
Marc et al. (2010)	Hypnotic induction and therapeutic suggestions in first-trimester pregnancy termination	No	Wrong population
Marc et al. (2007)	The use of hypnosis to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy: an open randomized preliminary study	No	Wrong population
Martin (2001)	The effects of hypnosis on the labor processes and birth outcomes of pregnant adolescents	No	Wrong population (adolescents)
Mccarthy (1998)	Hypnosis in obstetrics	No	Wrong publication type (review)
Mcmillin et al. (2019)	A retrospective matched cohort study comparing birth outcomes for hypnobirthing participants to standard care	No	Wrong publication type (abstract)
Mehl (1994)	Hypnosis and conversion of the breech to the vertex presentation	No	Wrong study design (case series with historical match)
Mehl-madrona (2004)	Hypnosis to facilitate uncomplicated birth	Yes	
Meissner et al. (2010)	Long-term effects of traditional Chinese medicine and hypnotherapy in patients with severe endometriosis – a retrospective evaluation	No	Wrong population (endometriosis)
Oriol and warfield (1984)	Pain relief during labor	No	Wrong publication type (review)

Phillip-moore (2012)	Birth outcomes from an Australian hypnobirthing programme	No	Wrong study design (survey)
Reinhard et al. (2009)	Preterm labour and clinical hypnosis	No	Wrong study design (observational study)
Reinhard et al. (2007)	Childbirth preparation through the hypnoreflexogenous protocol developed by Schäuble	No	Wrong publication type (review)
Robertson (2010)	Hypnobirthing or natal hypnotherapy?	No	Wrong publication type (review)
Rock et al. (1969)	Hypnosis with untrained, nonvolunteer patients in labor	Yes	
Rolants (2019)	Non-pharmacological methods for comfort and pain management (virtual reality, musicotherapy, hypnosis,...)	No	Wrong publication type (abstract)
Rose wilson (2012)	Use of hypnosis in the childbearing year	No	Wrong publication type (review)
Silva-mojica (1965)	Hypnotherapy in the depressive emetic syndrome of pregnant women	No	Wrong publication type (short report)
Siegel (2004)	The impact of self-hypnosis training on insufficient milk supply with first-time mothers	No	Wrong publication type (dissertation)
Shah et al. (2011)	Hypnosis in pregnancy with intrauterine growth restriction and oligohydramnios: an innovative approach	No	Wrong population (IUGR and oligohydramnios diagnosis)
Smith (2008)	Hypnobirthing-new learned behavior for an ancient art	No	Wrong publication type (review)
Steel et al. (2016)	The characteristics of women who use hypnotherapy for intrapartum pain management: preliminary insights from a nationally-representative sample of Australian women	No	Wrong publication type (short report)
Streibert et al. (2015)	Clinical study: change in outlook towards birth after a midwife led antenatal education programme versus hypnoreflexogenous self-hypnosis training for childbirth	No	Wrong study design (cohort)
Stephenson (2007)	The benefits of self-hypnosis for childbirth	No	Wrong publication type (review)
Swain et trevena (2014)	A comparison of therapist-present or therapist-free delivery of very brief mindfulness and hypnosis for acute experimental pain	No	Wrong population
Terry (2013)	Short hypnosis intervention does not significantly reduce epidural analgesia use or self-reported labour pain	No	Wrong publication type (commentary)

Uludag and mete (2020)	The effect of nursing care provided based on the philosophy of hypnobirthing on fear, pain, duration, satisfaction and cost of labor: a single- blind randomized controlled study	Yes	
Vandevusse et al. (2007)	Hypnosis for childbirth: a retrospective comparative analysis of outcomes in one obstetrician's practice	No	Wrong study design (retrospective data)
Vadurro and butts (1982)	Reducing the anxiety and pain of childbirth through hypnosis	No	Wrong publication type (review)
Vasra and Murdiningsih (2020)	Modeling of gentle birth and hypnoprenatal integrated antenatal class on birth process in puskesmas and midwives practice, Palembang city	Yes	
Venn (1987)	The standford hypnotic clinical scale and a group of obstetrical patients	No	Wrong outcome (degree of hypnotizability and motivation)
Venn (1987b)	Hypnosis and lamaze method-an exploratory study: a brief communication	No	Wrong publication type (short report)
Waisblat et al. (2017)	Impact of a hypnotically-based intervention on pain and fear in women undergoing labor	Yes	
Wainer (2000)	Hypnobirthing: a radical change on our perspective of pain in childbirth	No	Wrong publication type (review)
Weishaar (1986)	A comparison of lamaze and hypnosis in the management of labor	No	Wrong study design (case report)
Werner et al. (2012)	Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial	Yes	
Werner et al. (2013)	Effect of self-hypnosis on duration of labor and maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial	Yes	
Werner et al (2013b)	Antenatal hypnosis training and childbirth experience: a randomized controlled trial	Yes	
Werner et al. (2020)	Effects of antenatal hypnosis on maternal salivary cortisol during childbirth and six weeks postpartum—a randomized controlled trial	Yes	
Wood and brenner (1978)	Self-hypnosis as an adjunct to lamaze training for childbirth	No	Wrong intervention (combined)
Zimmer et al. (1988)	The influence of maternal hypnosis on fetal movements in anxious pregnant women	No	Wrong outcome (fetal movements)

Tableau 2.4 / Supplementary Table S2

Intervention descriptions of included studies

Study	Hypnotic professional(s)	Intervention format	Number and duration	Duration (total hours)	Hypnosis intervention: training content overview	Theoretical model
Davidson (1962)	Obstetrician	Group (6); self-hypnosis; Antenatal and during labor	6	1.5	"[Patients] were lying on mattresses in a light, warm, quiet room. An explanation of the technique was given, and questions answered. [...] A trance was induced by the method of eye-fixation to produce retinal fatigue, and progressive relaxation by voice-suggestion using monotonous rhythm, and post-hypnotic suggestion. Positive suggestions were then given of the normality of pregnancy and labor, of the diminished awareness of pain when relaxed and therefore of the diminished need for chemical analgesics, and of the ability to produce anesthesia of the perineum at the birth of the head; also, the satisfaction and pleasure of childbirth was stressed. The patient was then awakened with suggestions of waking and feeling refreshed. During the third session the patient was taught how to self-induce a trance, so that she would be independent of the hypnotist in the labor ward, although the best results were achieved if the obstetrician-hypnotist could also attend the labor at the beginning and at the end of the first and second stages."	Mason (1960)
Rock et al. (1969)	Medical student	Individual; hetero-hypnosis; During labor	NR	NR	Use of script (see study for complete script). Include: eye fixation, relaxation, breathing suggestions, etc. Average induction time: 20 minutes.	NR
Brann and Guzvica (1987)	NR	Group; hetero-hypnosis; Antenatal	20 min; 1 per week (+ cassette tape)	NR	"Hypnosis was induced using eye fixation with distraction followed by progressive muscle relaxation. The trance was deepened using visual imagery (a beach scene) and a background auditory input of the sound of the sea. The image of being on the beach, listening to the sound of the waves, was established as the 'base state'. This was followed by a modification of Hartland's "ego-strengthening" routine. Specific instructions relating to pregnancy and labor were given, with contractions being likened to waves rolling in from the sea. Suggestions were made for pain reduction, a quicker labor and easier delivery, and rapid recovery. Suggestions were made about successful breastfeeding and the ability to fall asleep again quickly after the frequent nocturnal disturbances of the newborn."	Harland's hypnotherapy training (Hartland, 1977)
Harmon et al. (1990)	Clinical psychologist	Group; hetero-hypnosis; Antenatal	6 x 1h + training tapes	6	"Suggestions [of] general relaxation, heaviness in muscles, deepening with deep slow breathing and backward counting, enjoyment of childbirth, voices in labor and delivery room producing increased relaxation, labor as joyous work, tingling and subsequent numbness in the dominant hand, numbness spreading [...], postpartum well-being and healing, improvement in relaxation skills with continued practice, and awakening with counting forward."	NR
Letts et al. (1993)	Hypnotist/accoucheur	Couple; Self-hypnosis; Antenatal	2 x 90min	3	Session 1: "counseled about the use of epidurals, forceps, and episiotomies. Participants were then taught relaxation through self-hypnosis, and obstetric imagery was introduced." Session 2: "At 34 weeks, the couple was seen together and further counseled about premature rupture of membranes, meconium, bleeding during labor, and when to proceed to hospital. Under hypnosis, relaxation and obstetric imagery were reviewed, a verbal rehearsal of labor and delivery was performed, and pain control was taught (by inducing glove anesthesia, which was then transferred to the abdomen). The partner was shown how to facilitate the pregnant woman's relaxation."	NR

Mehl-Madrona (2004)	Principal investigator	Not specified; Antenatal	Min 1 – max 60	NR	“Goals included increased relaxation, decreased anxiety, increased sense of trust of social support, realistic fear and feeling of confidence that the woman could cope adequately with the pain of labor; Visualization to guide through an imaginary experience of giving birth [...]”	Cheek method – problem solving oriented Ericksonian therapy and ego state therapy
Guse et al. (2006)	NR	Individual; self-hypnosis; Antenatal	6	NR	“Scripts based on theoretical knowledge regarding pregnancy, childbirth, early motherhood, and psychological well-being. [...] Session 1: Guiding towards self-hypnosis and commencing of ego-strengthening. Session 2: Further facilitating of inner resources by means of ego-strengthening. Session 3: Facilitating the experience of labor and delivery. Session 4: Facilitating bonding and development of motherhood identity. Session 5: Facilitating postpartum well-being. Session 6: Addressing individual needs.”	
Werner et al. (2012; 2013a; 2013b; 2020)	Midwife	Group; self-hypnosis; Antenatal	3 x 1h sessions + CD	3	Session 1 “(Introduction to hypnosis and self-hypnosis): hypnosis education, test for hypnotic susceptibility, focus on expectations, fears and worries and listening to CD (41min); Included induction via progressive muscle relaxation, guided imagery safe-place and suggestions, and imagery for ego-strengthening, confidence during labor, control of labor, deep and easy breathing, positive emotional condition, child wellbeing, basic information about first stage labor, letting go worries and immunization for unhelpful communication and noises during labor). Session 2 “(Adding hypnosis to labor): follow-up on homework, knowledge about mechanisms of labor and breathing, effort on self-hypnosis and CD2 (46min); Include induction and add suggestions and imagery for: fractionation, 1 st and 2 nd stage of labor, reminder to let worries go, amnesia and time distortion”. Session 3 “(Pain management techniques and coping strategy for labor): follow-up homework, pain management techniques (dissociation, lower body anesthesia and imagery), suggestions for 3 rd stage of labor, breastfeeding and recovery postpartum period, and CD3 (34min); Included induction and added suggestions and imagery for: whole labor process, analgesia lower body, breastfeeding and recovery postpartum period.”	NR
Cyna et al. (2013)	Doctor qualified in hypnosis	Group; hetero-hypnosis; Antenatal	3 x 1 hour (1 per week) + 4 CDs (18 to 32 min)	3	“ Session 1: Discussion about fears and anxieties. Questions about hypnosis answered, Seeding expectancy of success. Basic hypnosis taught using progressive relaxation with a self-hypnosis component at the end. Session 1 cd played. Session 2: After a hypnosis induction, suggestions are given for confidence, coping and strength during contractions. Women are asked to focus on breathing for analgesia and relaxation. Suggestions for time distortion, standardized suggestions given for a labor rehearsal involving recurrent fractionation and staircase imagery. Session 2 section of cd played. Session 3: Pain control techniques – Amnesia suggestion for unhelpful comments and utilization of helpful suggestions. Dissociation and lower body anesthesia elicited using the lignocaine spa imagery. Suggestions for uterine contraction after delivery and relaxation to facilitate breastfeeding. Session 3 audio cd played. At each session, women were asked to practice daily. Women are told that they can listen to the labor audio cd during labor if they wish”. (From study protocol, Cyna et al., 2006).	Neurobiological model (suppression of neural activity in the limbic system)
Downe et al. (2015)	Midwife	Group; self-hypnosis; Antenatal	2 x 90 min sessions + CD (26 min)	3	“ Session 1: introduction to hypnotherapy for childbirth, self-awareness and empowerment, physiological responses during pregnancy and childbirth, balloon and book exercise, breathing and facial relaxation exercise and self-hypnosis script. Session 2: Understanding your body (changes in pregnancy and labor), releasing negative thoughts script and repeat self-hypnosis script.”	NR
Beevi et al. (2016; 2017; 2019)	Principal investigator	Self-hypnosis, Antenatal	4	NR	“Ego strengthening script [...] including suggestions for reduction and subsequent elimination of psychological and physical symptoms. Each session had a specific objective with a common theme related to strengthening the self, encouraging positive thinking, and increasing physical and	Harland’s hypnotherapy training

						psychological well-being. Session 1 focused on the elimination of physical and psychological symptoms and the teaching of self-hypnosis. Sessions 2, 3, and 4 continued with the focus on the elimination of physical and psychological symptoms. Suggestions for the positive experience of labor and postpartum period were included in the third and fourth sessions. Participants were encouraged to engage in self-hypnosis at home.”	(Hartland, 1977)
Waisblat et al. (2017)	Anesthetist	Individual; hetero-hypnosis; During labor	NR	NR		“Positive suggestive communication was used, including elements such as attentive listening, provision of the perception of control, encouragement, use of emotionally neutral descriptors, and the use of positive suggestions. Anesthesiologists were also instructed in the use of positive imagery, including suggestions for experiencing oneself being in a safe/favorite place or a safe/favorite time. [...] They were also encouraged to tailor the hypnotic communication provided to the needs and responses to each individual patient.”	Positive suggestive communication strategies (Varga, 2013)
Atis and Rathfisch (2018)	Hypnobirthing trainer (Principal investigator)	Couple; Hetero-hypnosis; Antenatal	4 x 3 hours per week	12		Session 1 “(Develop positive thoughts): include introduction to hypnobirthing philosophy, physiological formation of pregnancy”. Session 2 “(Prepare your body and your baby for birth with love): relaxation, breathing, imagination and deepening exercises, and birth physiology”. Session 3 “(Your baby is preparing to come): a review of birth-love with waves, relieving birth pain and relaxation during waves (positions, massage, breathing exercises), preparing your delivery room, what to do in case of a problem during birth and experiencing delivery”. Session 4 “(Deliver your baby with love): birth rehearsal, information about skin-to-skin contact, importance of breast milk and breastfeeding techniques.”	Hypnobirthing philosophy
Uludag and Mete (2020)	Researcher	Not specified; During labor	NR	NR		“The program was prepared in three parts, including latent, active and transition phases. [...] The interventions included using positive language, relaxation exercises, and informing.”	Hypnobirthing philosophy
Vasra and Murdiningsih (2020)	NR	Not specified; Antenatal	NR	NR	NR		NR
Kurnaesih et al. (2021)	Midwife	Individual Hetero-hypnosis; During labor	NR	NR	NR		Hypnobirthing philosophy (Lanny Kuswandi)

Note. Not Reported (NR)

CHAPITRE 3

Article 2

Évaluation d'un programme de formation à l'hypnose médicale destiné aux sages-femmes exerçant dans les maisons de naissance au Québec : Une étude mixte menée auprès de professionnels

Émilie Dumont¹, David Ogez^{1,2,3}, Anne-Laure Auger Bonnieux¹ and Ghassan El-Baalbaki¹

¹Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada

²Département d'anesthésiologie et médecine de la douleur, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Canada

³Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'île de Montréal, Canada

Note de l'auteur

Financement : fonds de recherche universitaire de l'auteur correspondant.

Nous n'avons aucun conflit d'intérêts connu à divulguer.

La correspondance concernant cet article doit être adressée à :

Professeur Ghassan El-Baalbaki, Université du Québec à Montréal
Bureau SU-3665, 100 Sherbrooke St W, Montréal, Québec H2X 3P2

Tel. #: (514) 987-3000 poste. 2038

Adresse courriel : el-baalbaki.ghassan@uqam.ca

3.1 Résumé

Contexte. Dans le but d'offrir une stratégie supplémentaire aux sages-femmes dans leur travail, notre équipe de recherche a développé un programme de formation visant l'enseignement de l'hypnose clinique en contexte d'accompagnement à l'accouchement. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'acceptabilité et la pertinence de notre programme de formation à l'aide de l'évaluation du programme et de la récolte de commentaires et propositions d'amélioration par des professionnels. **Méthode.** Par un échantillonnage de convenance, nous avons sollicité via courriel des professionnels œuvrant dans le domaine de l'obstétrique et de l'hypnose. En acceptant de participer, ces derniers étaient appelés à compléter un questionnaire, sur notre programme de formation, incluant 93 questions, divisées en 4 thèmes, ainsi que des espaces dédiés aux commentaires et suggestions d'amélioration. Ils étaient également invités à participer à un groupe de discussion quelques semaines plus tard. Cependant, en raison de leurs différents fuseaux horaires et de leurs agendas bien remplis, nous n'avons pas pu trouver un créneau commun pour réunir suffisamment de participants pour la discussion de groupe, ce qui nous a contraints à éliminer cette étape de l'étude. **Résultats.** Sur les 18 professionnels approchés, nous avons reçu les questionnaires complétés de sept d'entre eux. Les commentaires et suggestions soulevés par les professionnels dans le cadre de ce projet d'acceptabilité permettront d'ajuster et préciser le design de la formation en hypnose destinée aux sages-femmes.

Mots clés : hypnose, étude d'acceptabilité, méthode mixte, formation, obstétrique, sages-femmes

Titre : Évaluation d'un programme de formation à l'hypnose médicale destiné aux sages-femmes exerçant dans les maisons de naissance au Québec : Une étude mixte menée auprès de professionnels

3.2 Introduction

La littérature scientifique montre que l'expérience de l'accouchement et la douleur associée peuvent créer de l'anxiété chez beaucoup de femmes au cours de leur grossesse et de l'accouchement. De plus, la médication de type analgésique peut avoir des effets néfastes créant une préoccupation et des craintes face aux effets potentiels sur la mère et sur son nouveau-né (Herrera-Gómez et al., 2015; Komatsu et al., 2018). La littérature rapporte d'ailleurs que l'analgésie épidurale pourrait priver la mère d'une expérience de naissance optimale. En effet, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2018) reconnaît que la médicalisation du processus d'accouchement peut affecter la capacité d'une femme à donner naissance et pourrait avoir un impact négatif sur son expérience. De ce fait, le modèle biomédical préconisé dans les sociétés industrialisées peut compromettre la capacité naturelle de la femme à donner naissance et créer un sentiment de perte de contrôle (p. ex., environnement chargé, exclusion dans les communications, mobilité limitée, etc.). Or, selon l'OMS (2018), chaque femme devrait avoir droit à une expérience d'accouchement positive qui inclut le respect et la dignité, la présence d'un partenaire de naissance, des stratégies de gestion de la douleur, une communication claire par l'équipe de maternité ainsi que la mobilité durant le travail et son choix de position d'accouchement (OMS, 2018).

L'hypnose médicale pourrait être une méthode complémentaire permettant de répondre aux préoccupations décrites par l'OMS (2018). En effet, l'hypnose lors de l'accouchement est utilisée depuis plus d'un siècle (Semple et Newburn, 2011). Son utilisation lors du travail et de l'accouchement a pour principaux objectifs de briser le cycle de la douleur tel que décrit par le Dr Grantly Dick Read (peur-tension-douleur) afin que la naissance puisse se dérouler d'une manière confortable pour la mère (Dick-Read, 2011; Semple et Newburn, 2011). Par ailleurs, il a été

démontré que les techniques de communication hypnotique sont sécuritaires et apportent de nombreux bienfaits pour la mère, incluant la réduction du stress, la réduction de la douleur et la possible réduction des risques de complications (Cyna et al., 2004; Dumont et al., 2023; Smith et al., 2006; Semple et Newburn, 2011).

Plusieurs études permettent ainsi l'évaluation de techniques d'hypnose en contexte périnatal. Toutefois, il existe peu d'études d'évaluation des programmes de formation à l'hypnose médicale. Dans cette étude, nous nous intéressons ainsi à l'acceptabilité d'un programme de formation destiné aux soignants. Pour ce faire, notre équipe de recherche a conçu un programme de formation visant l'enseignement de l'hypnose clinique en contexte d'accompagnement à l'accouchement. L'objectif de cette formation est de transmettre aux sages-femmes des connaissances et des outils concrets pour accompagner, via l'hypnose médicale, les femmes enceintes et leur conjoint pendant la grossesse et au moment de l'accouchement. La formation se veut donc à la fois théorique, c'est-à-dire basée sur des données scientifiques probantes actualisées, mais aussi pratiques afin de permettre aux sages-femmes de rapidement appliquer des techniques concrètes et efficaces dans leur pratique quotidienne, et de ce fait de trouver un intérêt et de créer une dynamique de changement au sein de leur équipe. La formation a été développée avec l'aide d'ouvrages et articles théoriques entourant la pratique de l'hypnose en milieu clinique, principalement dans le contexte obstétrique (p. ex., Beebe, 2014, Bellet, 2016; Dick-Read, 2013; Hammond, 1990). Nous nous sommes également référés aux programmes de formation identifiés dans le contexte d'une recension systématique précédente (Dumont et al., 2023). Cette recension permettait d'observer les modalités d'application utilisées dans différents projets de recherche, tels que la durée des formations, les thèmes abordés et les techniques utilisées.

Bien conscient du vaste champ de l'hypnose et de la complexité des situations rencontrées en obstétrique, le but de ce programme de formation n'est pas de couvrir toutes les situations face auxquelles une sage-femme est susceptible d'utiliser l'hypnose. Néanmoins, nous avons souhaité le soumettre à une étude d'acceptabilité auprès de professionnels de la santé pratiquant l'hypnose médicale et/ou exerçant dans le champ de la périnatalité afin d'évaluer sa pertinence

auprès de ce type de professionnels. Pour ce faire, nous avons utilisé un questionnaire d'acceptabilité et avons récolté des commentaires et des propositions d'amélioration de la part de nos participants. Cette évaluation permettra par la suite d'affiner notre programme de formation en fonction des réponses et suggestions obtenues.

3.3 Méthodologie

3.3.1 Formation à l'hypno-naissance

La formation est articulée sur deux jours d'enseignement (voir tableau 1). Nous avons veillé à équilibrer sur ces journées les aspects théoriques à des exercices en grand ou en petits groupes. La première journée se divise en deux parties : (1) une définition de l'hypnose vue sous l'angle des neurosciences afin de comprendre le fonctionnement du cerveau sous hypnose, et son intérêt dans le domaine médical; (2) les principes qui régissent la communication hypnotique : les lois, les aspects relationnels et la rhétorique nécessaire à la mise en place de l'alliance thérapeutique, indispensable en hypnose médicale. Le deuxième jour aborde (1) l'intérêt de l'hypnose en périnatalité et plus spécifiquement pendant la grossesse et l'accouchement, (2) l'autohypnose et (3) des stratégies hypnotiques concrètes.

Tableau 3.1

Résumé du programme de formation à la communication hypnotique

Jour de formation	Thèmes
Jour 1 (7 heures)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qu'est-ce que l'hypnose (définition, neurosciences, objectifs thérapeutiques) ▪ Principes de base de la communication hypnotique (relation thérapeutique, rhétorique hypnotique, suggestions et langage métaphoriques) ▪ Exercice de visualisation et communication hypnotique
Jour 2 (7 heures)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'hypnose en contexte périnatale : utilisation de l'hypnose avant, pendant et après la naissance ▪ Auto-hypnose ▪ Stratégies hypnotiques : entraînement à l'hypnose à l'aide d'outils spécifiques ▪ Exercices : gant magique et endroit ressource

3.3.2 Population

Nous avons utilisé un mode de recrutement de convenance. Plus précisément, nous avons envoyé des invitations à une liste de professionnels de la santé connus des auteurs de l'étude. Une telle procédure de recrutement est fréquente avec des populations difficiles à atteindre et permet aux participants de prendre part à l'étude sur une base volontaire (Kayrouz et al., 2016). Pour être incluses dans cette étude, les personnes invitées devaient répondre aux critères d'inclusions suivants : être un professionnel de la santé pratiquant l'hypnose clinique et/ou exerçant dans le domaine de l'obstétrique. Le seul critère d'exclusion était le fait d'être sages-femmes, de façon à ne pas chevaucher un volet futur du projet qui viserait ces professionnels en particulier.

Comme cette étude se veut descriptive, nous avons opté pour un nombre de participants entre 5 et 10. Plus de participants devront toutefois être recrutés dans le cas où la saturation des données n'est pas atteinte. La saturation des données est un critère clé en recherche qualitative, c'est-à-

dire que les données recueillies deviennent répétitives et ne semblent pas ajouter de nouvelles informations (Tracy, 2019).

3.3.3 Procédure

Une conception séquentielle à méthode mixte devait être utilisée pour évaluer le programme de formation à l'hypnose médicale pour les sages-femmes. Le projet a été examiné et approuvé par le comité d'éthique de la recherche de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (CERPE FSH; Certificat #2023-4528).

À la fin du mois de juillet 2022, les invitations et les formulaires de consentement ont été envoyés par courriels aux participants. Dans cette invitation, nous avons expliqué le contexte et le déroulement de l'étude. En signant le formulaire de consentement à l'étude, les professionnels invités acceptaient de répondre au questionnaire d'évaluation du programme de formation et à prendre part à un groupe de discussion d'une durée de 90 minutes, via la plateforme Zoom, pour un retour sur les résultats obtenus aux questionnaires, suivis d'un temps d'échanges constructifs visant à perfectionner le programme de formation. La date et l'horaire de cette réunion étaient déjà arrêtés au 14 septembre 2022 à 7h30 et communiqués dans l'invitation. Le choix de la mi-septembre et l'horaire matinal avaient été choisis afin de s'adapter au mieux aux contraintes professionnelles de chacun, incluant le décalage horaire. La réunion devait être animée par deux chercheurs (ED et AA) et enregistrée sur support audio et vidéo, afin de permettre une retranscription et une analyse de contenu la plus précise possible.

3.3.4 Mesures

Afin d'obtenir des données quantifiables, nous avons créé un questionnaire comprenant 93 questions fermées réparties en 4 grands thèmes : 1-Pertinence du programme et acceptabilité (7 items – p. ex., *Dans l'ensemble, ce programme s'intègre dans le mouvement actuel des offres de soins en périnatalité*), 2- Évaluation des outils pédagogiques (52 items – p. ex., *l'apprentissage de la technique d'autohypnose est cohérent avec l'objectif d'apporter plus de détente*), 3- Effets de la formation (17 items – p. ex., *La formation peut avoir un impact positif sur la gestion du stress*

lors de l'accouchement), 4- Mise en œuvre du programme (17 items – p. ex., *les 2 jours de formation sont équilibrés quant à leur contenu*). Ce questionnaire a été ainsi construit sur la base des critères de validité sociale tels que décrits par Kazdin (1977, 2016; Luiselli, 2017).

Chaque participant devait se positionner sur une échelle de Likert à six niveaux allant de 0 « pas de tout d'accord » à 5 « tout à fait d'accord ». À la fin de chaque section du questionnaire, des cases « Commentaires » étaient proposées afin de donner l'opportunité aux participants de préciser certaines de leurs réponses et de faire des suggestions.

3.3.5 Analyses

Les scores obtenus aux questionnaires ont été analysés à l'aide de statistiques descriptives (calcul des fréquences). Les scores moyens et les écarts-types, les modes, les médianes et le minimum et maximum de chaque item ont aussi été calculés à l'aide du logiciel Microsoft Excel (note totale sur 5).

Les données qualitatives (partie « commentaires » du questionnaire et groupe de discussion) devaient être traitées et encodées à l'aide du logiciel NVivo12 selon les phases d'analyse des données suggérées par Braun et Clarke (2012). Nous avons ainsi suivi les étapes suivantes : 1) la familiarisation des données effectuée par deux chercheurs de façon indépendante (AA et ED); 2) la création des codes initiaux et 3) la recherche de thèmes. La troisième étape se basait sur nos quatre grands critères d'évaluation du programme de formation déjà identifiée dans notre questionnaire. Nous avons ainsi validé ceux-ci et recherché la présence de thèmes supplémentaires. Par la suite, nous avons effectué 4) la révision des thèmes potentiels. Pour ce faire, nous avons pris la décision d'effectuer des rencontres pour discuter et sélectionner les thèmes par consensus (accords interjuges AA et ED). Enfin, nous avons 5) défini et nommé chacun des thèmes identifiés tout en débutant 6) la rédaction préliminaire des résultats incluant l'identification de citations pertinentes.

3.4 Résultats

3.4.1 Participants

Parmi les 18 invitations envoyées, nous avons reçu sept questionnaires complétés (voir flow chart, figure 1). Dans notre échantillon, nous retrouvons des médecins (n=2), psychologues (n=4) et infirmiers (n=1) provenant de la France (n=2) et du Canada (Québec) (n=5) (voir tableau 1). Tous les participants pratiquent l'hypnose dans leur lieu de travail.

Figure 3.1

Flow chart de la sélection des participants à l'étude

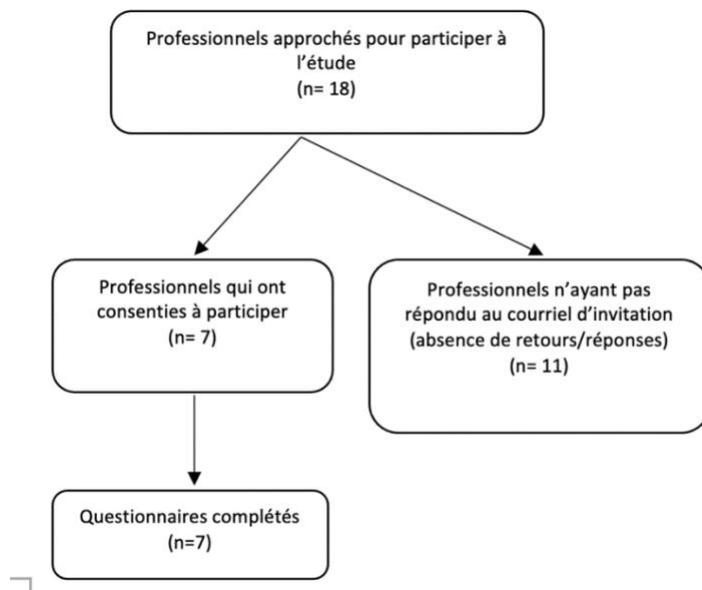


Tableau 3.2

Codes et professions des participants

Code	Domaine de pratique	Lieu de pratique (pays)
S1	Psychologie	Canada
S2	Médecine	Canada
S3	Psychologie	Canada
S4	Psychologie	Canada
S5	Médecine	France
S6	Psychologie	Canada
S7	Soins infirmiers	France

En ce qui concerne le groupe de discussion, nous avons été contraints d'annuler cette étape en raison du manque de participants disponibles. En effet, malgré les nombreux rappels, un seul participant avait confirmé sa présence. Plusieurs nous avaient également précisé leur absence et d'autres n'avaient toujours pas retourné leur questionnaire. En raison de l'annulation du groupe de discussion, seuls les commentaires recueillis dans les questionnaires ont été utilisés dans l'analyse qualitative suivante.

3.4.2 Évaluation du programme

Les scores aux quatre grands thèmes, ainsi que les principaux sous-thèmes, sont rapportés dans le tableau 3. Les réponses aux questionnaires d'évaluation du programme ont montré des scores favorables au programme de formation. De façon générale, les professionnels de la santé, pratiquant l'hypnose médicale et/ou travaillant dans le domaine de l'obstétrique, ont jugé que ce programme de formation destiné aux sages-femmes était pertinent tant dans son acceptabilité sociale, que dans son contenu ou dans les effets attendus. Les résultats pour chacun des thèmes seront détaillés davantage dans les sections suivantes. Les commentaires portant sur chacun des grands thèmes, notamment les modalités pratiques du programme, ainsi que les suggestions concernant les limites ou les pistes d'améliorations, seront également présentés.

Tableau 3.3

Scores moyens au questionnaire complété par les participants de l'étude

Thèmes / Items pertinents regroupés	Mesures de tendance centrale				Intervalle	
	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>Mode</i>	<i>Médiane</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Pertinence du programme et acceptabilité (items 1.1 à 1.7)	4.61	0.61	5.00	5.00	2	5
Correspond à la pratique actuelle de l'hypnose médicale (items 1.1 et 1.2)	4.64	0.50	5.00	5.00	4.	5
S'inscrit dans la mouvance actuelle d'une prise en charge en périnatalité (items 1.3 et 1.4)	4.50	0.52	5.00	4.50	4	5
Est adapté aux compétences des sages-femmes et à leurs missions (items 1.5 et 1.6)	4.86	0.36	5.00	5.00	4	5
Évaluation des outils (items 2.1 à 2.52)	4.64	0.63	5.00	5.00	3	5
Contenu théorique (items 2.1 à 2.9)	4.86	0.37	5.00	5.00	4	5
Démonstrations (items 2.10 à 2.14)	4.57	0.70	5.00	5.00	3	5
Exercices (items 2.15 à 2.19)	4.51	0.61	5.00	5.00	3	5
Techniques (items 2.20 à 2.23)	4.46	0.69	5.00	5.00	3	5
Manuel de formation (items 2.48 à 2.52)	4.40	0.81	5.00	5.00	3	5
Effets attendus du programme (3.1 à 3.17)	4.66	0.64	5.00	5.00	2	5
Qualité (bénéfice/risque, court/long terme, etc.) (items 3.1 à 3.7)	4.60	0.60	5.00	5.00	3	5
Public (SF, mères, conjoint, équipe) (items 3.1, 3.8, 3.9, 3.15 à 3.17)	4.60	0.93	5.00	5.00	2	5
Objectifs (détente, confort, confiance, etc.) (items 3.10 à 3.14)	4.83	0.52	5.00	5.00	3	5

Mise en œuvre du programme (4.1 à 4.17)	3.88	1.69	5.00	5.00	0	5
Nombre de jours de formation (items 4.1 à 4.4)	3.82	1.50	5.00	4.00	0	5
Formateurs (items 4.9 à 4.12)	4.68	0.72	5.00	5.00	3	5
Nombre de participants (items 4.13 à 4.15)	4.71	0.72	5.00	5.00	3	5

Note. Chaque item est évalué sur une échelle de 0 à 5.

Pertinence du programme et acceptabilité. Les participants évaluent très positivement la pertinence et l'acceptabilité du programme qu'ils qualifient de « *très pertinent dans le champ de la périnatalité* » (S1) et comme étant une « *bonne base de sensibilisation à la communication hypnotique* » (S1). Selon eux, cette formation sera « *d'un très grand intérêt pour les sages-femmes* » (S2) car « *l'hypnose est déjà présente* » et « *différents professionnels de l'accompagnement* » à la naissance, comme les mères « *sont en demande* » (S1) d'outils comme l'hypnose, dans un contexte où « *la culture de l'accouchement tend à changer vers plus d'ouverture envers les méthodes non usuelles* » (S2).

Évaluation des outils (modalités pédagogiques). Les outils pédagogiques proposés trouvent également un écho très favorable. Le contenu théorique reçoit un score moyen élevé qui valorise sa pertinence et l'articulation des notions abordées. La partie sur les aspects relationnels et interactionnels de la communication hypnotique reçoit même le qualificatif de « *fondamental* » (S6). Un des participants (S3) note cependant qu'il est difficile d'appréhender la spécificité de ce programme pour les sages-femmes sans avoir de bibliographie jointe au programme.

Les démonstrations et les exercices sont jugés pertinents et en adéquation avec la théorie. Ce sont de bons moyens pour mobiliser l'intérêt et faciliter la mise en pratique de ce qui a été enseigné. Un des participants (S6) valorise le côté pratique en précisant que « *plus c'est pratique, plus [les sages-femmes] pourront l'intégrer dans leur pratique* ». Cependant plusieurs

professionnels soulignent les limites d'une formation « *sans stage clinique* » (S2) ou en l'absence de femmes enceintes lors des exercices, pour appréhender concrètement les effets de l'hypnose médicale ou pour y intégrer des métaphores spécifiques à la grossesse ou à l'accouchement (S1).

Les techniques au programme sont également jugées favorablement. Le Lieu de Sécurité, comme suggéré, peut être adapté en « *lieu de bien-être* » (ou tout autre chose) de façon à « *s'appliquer à la réalité psychologique* » de la patiente (S4), et l'autohypnose est tout à fait pertinente et reproductible au moment de l'accouchement (S5). Toutefois, plusieurs praticiens émettent des doutes quant à la technique du Gant Magique (utilisation de la métaphore selon laquelle on enrobe la partie du corps douloureuse dans un gant (ou autre) de façon à l'isoler du reste du corps) qui peut être utile pour gérer « *les inconforts* » (S6), mais est jugé « *compliquée à mettre en place pour des débutants* » (S5) et peut-être moins pertinente au moment de l'accouchement (S1). C'est pourquoi un des participants (S6) suggère d'ajouter « *d'autres exercices de gestion de la douleur* », ou d'aborder la technique d'Ernest Rossi (S7) (technique qui repose sur le placement des mains en miroir où le praticien invite le client à explorer un problème en le projetant dans ses mains).

Un participant (S4) indique qu'il serait judicieux de parler des techniques d'ancrage (stratégies visant à se recentrer sur le présent par l'utilisation de données sensorielles). Celles-ci pourraient en effet être associées à l'autohypnose, à la relation nouée avec la sage-femme pendant la grossesse et avec le conjoint. Selon l'expérience de ce professionnel, l'ancrage « *augmente le sentiment de contrôle de la parturiente* » et pourrait être géré par le conjoint, lui permettant ainsi de prendre une part active dans l'accompagnement. Les participants (S1; S4; S6) nous ont d'ailleurs fait la remarque que nous n'avons pas évoqué dans le programme de formation, le rôle du conjoint dans l'accompagnement hypnotique. Celui-ci tient pourtant un rôle crucial qui peut se déployer dans les différentes techniques que nous avons prévues d'aborder.

Dans le questionnaire, nous avons soumis l'idée de compléter le support de cours (PowerPoint) par un manuel qui pourrait reprendre les principales notions vues pendant les deux jours avec des exemples de verbatim et de métaphores. Les participants y sont plutôt favorables, mais avec certaines réserves : qu'il soit synthétique (S5) et qu'il ne contienne que les techniques et les

protocoles vus pendant la formation (S1). Un des risques serait que « *le manuel se distribue et devienne comme un mode d'emploi clé en main que d'autres personnes appliqueraient sans formation ni compréhension des principes qui s'y trouvent* » (S2). Concernant les métaphores, un participant (S5) nous rappelle qu'en hypnose éricksonienne, c'est au professionnel de se saisir des métaphores du patient et de s'adapter à elles. Un autre (S3) pense que les sages-femmes sont les mieux placées pour suggérer des métaphores et pour les adapter aux besoins spécifiques des mères. *Si un tel manuel existait, un participant (S7) suggère que les verbatim soient « accompagnés d'un glossaire par mots-clés [tels que] détente, sécurité, confort...».*

En complément du support de cours, deux participants (S1; S4) suggèrent qu'avoir recours à des vidéos, pendant la formation ou après, permettrait d'illustrer des situations où l'hypnose est utilisée pendant un suivi de grossesse ou pendant un accouchement, et un autre (S6) nous propose un « *support audio avec des exemples d'hypnose* ».

Effets attendus du programme. Dans l'ensemble, tous les participants s'attendent à des effets positifs de ce programme de formation sur les sages-femmes ($M = 4.86$, $ET = 0.38$), sur les mères pendant la grossesse ($M = 4.86$, $ET = 0.38$) et pendant l'accouchement, ainsi que ($M = 4.71$, $ET = 0.49$) et sur les couples ($M = 4.71$, $ET = 0.49$). Pour eux, une telle formation aura un impact positif sur le vécu de la grossesse ($M = 4.86$, $ET = 0.38$) et de l'accouchement ($M = 4.86$, $ET = 0.38$), et contribuera à mieux gérer la douleur, l'anxiété et le stress.

Un des participants (S6) souligne l'importance de la mise en pratique rapide de la formation par les sages-femmes : « *Le défi dans l'hypnose est la pratique donc il faut qu'elles ressortent confiantes sur leur compétence* ». Ce qui rejoint la proposition « *de suggérer au professionnel en apprentissage de se projeter positivement dans son lieu de travail en train de mettre en application ce qu'il aura appris pendant les 2 jours* », au moment de l'exercice du lieu sûr (S1).

Dans les commentaires, les effets bénéfiques sur la mère sont majoritairement liés à la présence du conjoint et de son « *rôle dans l'accompagnement hypnotique* » (S1). Celui-ci peut en effet

« *participer à l'utilisation de l'autohypnose* », « *gérer l'ancrage* » (S2) ou « *guider l'hypnose* », ce qui procurerait à la mère « *un plus au niveau du confort et du sentiment de sécurité* » (S6).

Les participants s'accordent à penser que l'accompagnement par l'hypnose ne comporte pas de risque. Cependant les limites suivantes sont relevées : il ne faudrait pas que l'application de l'hypnose « *manque de nuances* » et que celle-ci soit perçue « *comme un must* » (tant pour les sages-femmes que les mères) risquant d'entraîner chez ces dernières « *une déception ou des craintes importantes [...], voire une insatisfaction globale quant à leur expérience d'accouchement* » (S2), mais « *les avantages dépassent grandement ce risque* » (S2).

De plus, un des participants (S6) attire notre attention sur les abréactions possibles, induites notamment « *par le lâcher-prise* », d'où l'importance « *d'outiller les sages-femmes sur leurs compétences à ramener la patiente et la sécuriser* » (S6).

Dans l'ensemble, les participants pensent que l'introduction de l'hypnose dans l'accompagnement de la grossesse et pendant l'accouchement pourrait intéresser d'autres professionnels (M = 4.29, SD = 1.11) et pourrait faire l'objet d'un projet de service (M = 4.57, SD = 1.13), mais « *avec quelques adaptations* » (S4) et tant que ceux qui s'en serviraient pour accompagner les femmes soient des professionnels de la santé (S4; S5) de façon à rester « *prudent sur qui l'utilisera* » (S3).

Mise en œuvre du programme (modalités pratiques). Les évaluations dans la mise en œuvre du programme de formation sont dans l'ensemble positives, mais restent cependant plus disparates.

Dans l'ensemble, les deux jours de formations sont jugés équilibrés dans leur contenu, articulés de façon adéquate et suffisants pour répondre aux objectifs visés. Seule une personne (S5) pense que le programme « *est très fourni* » et propose de « *réduire et simplifier les objectifs ou alors insister sur le fait que c'est une initiation* ». Un autre participant (S6) « *rajouterait une journée avec juste la pratique collée à la pratique quotidienne des sages-femmes* » si cela était possible,

tandis qu'un autre (S7) suggère une troisième journée à distance « *pour un retour sur expérience et/ou une supervision* ».

Selon la majorité des professionnels, il serait préférable que les deux journées de formation soient consécutives ($M = 3.71$, $ET = 1.89$) ou « *devraient tout de même être rapprochées* » (S1), ce qui serait « *probablement plus facile pour les participants* » (S2). Mais si elles étaient espacées, cela permettrait de « *digérer le contenu, de pratiquer et de rencontrer des obstacles qui pourraient être abordés ensuite* » (S2). Une formation en présentiel est préconisée ($M = 4.29$, $ET = 1.89$) sans pour autant que le lieu soit un critère important ($M = 1.71$, $ET = 1.38$)

Plus que leur complémentarité professionnelle, ce qui semble importer aux participants de l'enquête, c'est que les formateurs soient « *des soignants* » (S5) et de « *bons hypnopraticiens* » (S5) et aient « *une expérience significative en maternité* » (S1).

Le nombre de participants est jugé tout à fait adapté. Un participant (S5) trouverait pertinent que le nombre de stagiaires soit un multiple de trois, ce qui permettrait, lors des exercices en petits groupes, la présence d'« *un expérimentateur, un sujet et un observateur* ».

Recommandations d'amélioration et d'approfondissement. Finalement, ce programme de formation trouve un écho très positif auprès des professionnels de la santé pratiquant l'hypnose médiale et/ou travaillant en obstétrique qui le valident : « *Idée de programme de formation intéressante* » (S3), « *Projet très intéressant et pertinent qui devrait aller de l'avant ! J'appuierai sans hésiter cette formation* » (S2).

« *Un excellent début !* » (S2). Car « *de par la nature de l'hypnose et l'étendue des situations obstétricales* » (S2), certains suggèrent d'envisager un complément à cette « *initiation [...]* au programme très fourni » (S5) ou bien un « *perfectionnement* » (S1) « *pour permettre d'intégrer des techniques et métaphores complémentaires, applicables dans différentes situations rencontrées en salle d'accouchement* » (S1), pour « *préparer la patiente, via des stratégies de projection dans l'avenir, à des scénarios d'accouchement différents, lorsque l'accouchement ne se*

« passe pas comme prévu (p. ex., césarienne) » (S2) ou pour « inclure (le conjoint) dans la pratique de l'hypnose périnatale » (S4).

Un des professionnels (S6) nous conseille de nous appuyer et de « *faire le lien avec les compétences* » que les sages-femmes possèdent déjà, en leur proposant « *des exercices, des protocoles qui font le lien avec ce qu'elles font déjà dans l'accompagnement des femmes* » tout en leur « *permettant de différencier* » l'hypnose d'autres techniques comme « *la relaxation* ». Cela permettrait en effet de faciliter « *l'intégration de l'hypnose en milieu hospitalier* » qui devra s'attendre, comme pour tout changement, à « *rencontrer des résistances* » et que son « *applicabilité passe par un apprivoisement mutuel* » (S2). Il sera donc important d'insister, tant auprès des professionnels que des parents, sur le fait que l'hypnose n'est ni « *magique* » ni « *obligatoire* » et reste « *complémentaire* » aux techniques médicales actuelles, « *avec ses avantages et ses limites* » (S2).

3.5 Discussion

De façon globale, les participants évaluent favorablement la pertinence et l'acceptabilité du programme de formation. De même, les commentaires des participants ont montré que les modalités pédagogiques proposées sont une des forces de la formation, notamment en ce qui concerne l'articulation entre la théorie et la pratique. Les exercices pratiques sont reconnus comme un bon moyen d'impliquer rapidement les sages-femmes et de leur permettre d'acquérir des techniques concrètes et adaptées à leur pratique professionnelle. On note ainsi l'importance de la pratique pour le développement des habiletés des professionnelles.

Les résultats confirment l'importance de proposer une formation qui rallie les modalités théoriques et pratiques, afin de permettre au groupe sollicité de développer une bonne compréhension de l'hypnose, et de développer rapidement le sentiment d'efficacité personnel à l'aide d'exercices pratiques. Des études passées présentent également des programmes de formation similaire, notamment Werner et al. (2012, 2013a, 2013b, 2020) qui ont eux aussi opté

pour une approche combinant l'enseignement théorique de l'hypnose et la pratique auprès de leurs participantes. L'enseignement était toutefois proposé à des femmes enceintes dans le but de les préparer à l'accouchement. Leur programme avait permis d'obtenir des résultats positifs entourant l'expérience d'accouchement rapporté par les participantes. De même, une étude précédente soutient également l'importance des connaissances théoriques. En effet, McAllister et al., (2017) rapportaient que les professionnels qui connaissent mieux l'auto-hypnose étaient plus confiants dans le soutien qu'ils apportaient aux femmes qui utilisent cette technique pendant l'accouchement.

En revanche, les participants de notre étude soulignent que les exercices entre pairs ne remplaceraient pas les expériences cliniques auprès des femmes enceintes. En effet, il sera utile pour les formateurs de préciser et réitérer au cours de la formation l'importance de la pratique afin de maintenir leurs connaissances et développer leurs habiletés cliniques. Il pourrait également être pertinent d'inclure un court stage supervisé comme mentionné par deux participants de l'étude afin de faciliter la mise en pratique des techniques enseignées. L'intégration de stage à la formation nécessitera toutefois davantage de coûts et ressources.

En outre, les participants de notre étude ont partagé des suggestions concernant les techniques choisies. Par exemple, ils émettent des doutes sur la technique du gant magique dû au niveau de difficulté. D'autres suggèrent d'autres techniques comme la technique d'Ernest Rossi et la technique d'ancrage. Ces suggestions concernant le choix des techniques pourront facilement être intégrées ou ajustées à notre programme.

D'autre part, des participants de notre étude mentionnent l'importance du rôle du conjoint/conjointe lors de l'accouchement. Ceci nous amène à réfléchir à des moyens d'intégrer dans notre formation une discussion sur le rôle du partenaire de naissance. Comme suggéré par les participants, celui/celle-ci pourrait participer à l'utilisation de l'autohypnose, gérer l'ancrage ou guider l'hypnose, ce qui faciliterait le niveau du confort et le sentiment de sécurité de la mère. Bien que ces suggestions soient pertinentes et que plusieurs études soulignent les effets positifs de l'implication active d'un.e partenaire dans le contexte de l'accouchement (p. ex., Eddy et Fife,

2021; Salehi et al., 2016), le contexte de la formation nous semble limité pour développer les habiletés des sages-femmes à enseigner au partenaire de naissance l'utilisation de techniques hypnotique. Nous proposons plutôt une discussion sur l'importance du rôle du partenaire dans le contexte de l'accouchement pour le confort de la mère en accord avec les recommandations de l'OMS (2018). Le soignant formé aura néanmoins la liberté d'intégrer le partenaire selon leur niveau d'aisance.

De surcroit, les participants ont mentionné leurs impressions concernant les moyens de soutien à la formation. Ces derniers sont généralement favorables à l'utilisation d'un manuel résumant les principales notions vues pendant les deux jours de formation. D'autres participants suggèrent également l'intégration de support vidéo et audio présentant des exemples d'utilisation de l'hypnose en contexte d'accouchement. L'utilisation d'un support audio ou vidéo semble, en effet, une pratique utilisée depuis plusieurs décennies dans l'enseignement de l'hypnose (Woody, 1965). Ce type de soutien technique permet de présenter de façon rapide et peu coûteuse des démonstrations de l'utilisation de techniques d'hypnose. Ceci permettra aux soignants d'obtenir un exemple réel des techniques enseignées avant de les mettre en pratique. Ces suggestions pourront ainsi facilement être intégrées à notre formation.

Par ailleurs, les résultats obtenus montrent que les participants de cette étude s'attendent à observer des effets positifs de cette formation sur les différents acteurs impliqués (sages-femmes, mère et conjoints). Les participants appuient ainsi la pertinence d'une telle formation auprès des sages-femmes pour faciliter l'accouchement et favoriser une expérience d'accouchement positive. De même, les participants s'accordent à penser que l'accompagnement par l'hypnose ne comporte pas de risque. Des limites sont néanmoins soulevées entourant les fausses croyances des sages-femmes et des patientes. Les participants appellent à la vigilance quant à la perception que certains soignants ou usagers pourraient avoir de l'hypnose et conseillent d'introduire cette approche de façon humble et progressive.

Ces réponses permettent de mettre l'accent sur l'importance de bien définir l'hypnose auprès des soignants dans le contexte de notre formation. Il importera de présenter l'hypnose comme un

outil intégratif aux soins habituels. Il sera également important de souligner aux soignants l'importance de bien décrire et définir les techniques utilisées auprès de leur clientèle, afin d'éviter les incompréhensions et les mythes entourant la pratique de l'hypnose pouvant mener à la présence d'inconfort chez certaines patientes. En effet, les attitudes et les croyances à l'égard de l'hypnose sont considérées par différentes approches théoriques comme des facteurs importants dans la promotion de la réponse hypnotique, dans la prédiction de l'efficacité des interventions utilisant l'hypnose et pour éviter les réactions indésirables chez les personnes hypnotisées (p. ex., Accardi et al., 2013 ; Kirsch et al., 1995 ; Molina-Peral et al., 2020).

Enfin, concernant la mise en œuvre de la formation, des limites ont été soulignées par les participants. Certains ont indiqué que les deux jours de formations ne permettront d'introduire qu'une partie du vaste champ de l'hypnose médicale. L'un des participants suggère de réduire et simplifier le contenu de la formation, alors que d'autres ajouteraient une journée complète de formation. Ceci indique que l'équipe de recherche devra évaluer la pertinence d'inclure des rencontres de suivi ou encore de réduire le contenu de notre formation selon les besoins des participants. De ce fait, l'évaluation future de notre formation auprès des sages-femmes devra permettre de juger du nombre d'heures nécessaire et du contenu de la formation auprès de notre groupe visé. Une évaluation des coûts et des bénéfices sera également nécessaire, considérant qu'ajouter des heures de formation causera inévitablement des coûts additionnels.

Néanmoins, mentionnons que la majorité des participants appuient la préférence que les deux journées de formation soient consécutives ou rapprochées et que la formation soit en présentiel. Ces derniers appuient également l'importance que les formateurs soient de bons hypnopraticiens ayant une expérience significative en maternité. Les participants évaluent également que le nombre de participants visé est adapté. Ces réponses confirment que ces éléments semblent être optimaux dans la mise en œuvre de notre formation.

3.5.1 Limites de l'étude

Il est important de noter que certaines limites peuvent être soulevées concernant la méthodologie de cette étude. Premièrement, nous ne sommes pas parvenus à compléter une étape importante de l'étude, c'est-à-dire le groupe de discussion avec les participants. Cette étape aurait permis d'enrichir et approfondir les commentaires et suggestions rapportés par nos participants. Par exemple, les discussions auraient pu permettre de confirmer les résultats obtenus dans les questionnaires et valider que certains points de vue exprimés de façon individuels représentent bien celui du groupe. La discussion entre pairs aurait pu également favoriser l'identification de suggestions supplémentaires pertinentes au développement de la formation. Notre équipe a toutefois fait face aux défis inhérents à la sollicitation. Plusieurs participants se disaient indisponibles ou cessaient les communications avec notre équipe. Les participants ont néanmoins complété les questionnaires assidument et offert des commentaires riches, nous permettant tout de même une analyse thématique des résultats.

Deuxièmement, le nombre de participants était limité ($n=7$). Néanmoins, comme cette étude rapporte principalement des données qualitatives, nous nous sommes basés sur le critère de saturation des données, tel que décrit par Tracy (2019). En effet, les données que nous avons recueillies permettaient d'observer la présence de données répétitives et ainsi une saturation des données dans notre population cible.

Troisièmement, cette étude pourrait présenter un biais d'échantillonnage, puisque nous avons opté pour une méthode d'échantillonnage de convenance. Une technique d'échantillonnage probabiliste aurait été préférable pour réduire le risque de biais. Toutefois, ces techniques auraient été difficiles à implanter dans le contexte de cette étude puisque nos critères d'inclusion menaient à une population cible restreinte. Ces techniques sont également plus coûteuses en termes de ressources humaines et financières. Ceci explique également pourquoi nous avons également sollicité des participants dans deux pays d'appartenance, c'est-à-dire le Canada et la France.

Enfin, il est important de noter les limites inhérentes aux devis de recherche qualitatifs. En effet, on retrouve inévitablement en recherche qualitative une homogénéité des participants causant généralement des résultats difficilement répliquables et généralisables. Néanmoins, la recherche qualitative permet un examen en profondeur de l'objet à l'étude et offre des informations subjectives. Cette méthodologie nous a permis d'obtenir des commentaires et suggestions adaptées à notre objet d'étude. Ceux-ci nous permettent d'apporter des ajustements précis et individualisés pour le développement d'une formation à un groupe ciblé.

3.6 Conclusions

En conclusion, notre étude a permis de valider la pertinence et l'acceptabilité d'un programme de formation à l'hypnose médicale destiné aux sages-femmes par le biais d'une évaluation descriptive par des professionnels de la santé pratiquant l'hypnose clinique et/ou exerçant dans le domaine de l'obstétrique. De même, plusieurs commentaires et suggestions soulevés par les professionnels dans le cadre de ce projet d'acceptabilité permettront d'ajuster et préciser le design de la formation en hypnose qui sera proposée aux sages-femmes. Les participants appuient ainsi la pertinence d'une telle formation auprès des sages-femmes pour faciliter l'accouchement et favoriser une expérience d'accouchement positive. De futures études permettront d'éclairer cette perception à l'aide de données quantitatives et qualitatives évaluant les effets d'une telle formation.

Mentionnons également que ces résultats montrent la vision favorable des professionnels dans le domaine de l'hypnose et l'obstétrique envers l'introduction d'une formation à l'hypnose auprès des sages-femmes. Devant le manque de recherche sur les formations en hypnose médicale, nous souhaitons que cette étude motive les chercheurs à s'interroger davantage sur les meilleures pratiques de formation à employer pour l'enseignement de techniques hypnotiques auprès des soignants en contexte périnatal.

Déclaration de disponibilité des données

Les données qui étayent les résultats de cette étude sont disponibles sur demande auprès du premier auteur, ED.

Déclaration de divulgation

Les auteurs indiquent qu'aucun conflit d'intérêts n'est à déclarer.

CHAPITRE 4

DISCUSSION GÉNÉRALE

Dans ce chapitre, nous présenterons dans un premier temps un résumé et une brève interprétation des résultats obtenus et des implications cliniques pour chacun des articles. Dans un second temps, nous aborderons les forces et limites de ces études, ainsi que des pistes de réflexion pour des projets de recherche futurs.

4.1 Article 1 : recension systématique

4.1.1 Résumé et interprétation des résultats

Le premier article de cet essai doctoral présente une recension systématique qui visait la présentation de l'état de la recherche sur l'utilisation de l'hypnose lors de la période périnatale. Un total de 21 articles (16 études) ont été inclus. Nous avons pu observer que la plupart des chercheurs ont mis en place un programme de formation à l'hypnose prénatale, et quelques-uns ont étudié les effets de l'hétérohypnose pendant l'accouchement. Des résultats similaires en termes de gestion de la douleur et de symptômes psychologiques pendant l'accouchement ont été observés entre les protocoles de formation prénatale et d'hypnose pendant l'accouchement. Comme l'application des techniques d'hypnose pendant l'accouchement, ainsi que par des soignants, est souvent moins coûteuse en termes de temps, de ressources humaines et d'argent, cette similarité des résultats pourrait s'avérer déterminante dans la mise en œuvre future d'un programme de formation.

Par ailleurs, les résultats suggéraient un impact positif de l'hypnose sur le bien-être psychologique général des mères, avec quelques études montrant l'influence positive de l'hypnose sur la peur, l'anxiété et les symptômes dépressifs pendant la grossesse et l'accouchement (Beevi et al., 2016 ; Mehl-Madrona, 2004 ; Uludag et Mete, 2020 ; Waisblat et al., 2017). Ceci a des implications potentiellement importantes étant donné que les difficultés psychologiques associées à la période périnatale sont maintenant bien documentées (p. ex., Dunkel Schetter, 2011; Schetter et Tanner, 2012; Shorey et al., 2018). De plus, plusieurs études ont montré que la durée de

l'accouchement était plus courte dans le groupe expérimental. Ceci pourrait également avoir des implications importantes, car la durée du travail a été associée à un risque accru de complications et de morbidités néonatales et maternelles (p. ex., Blankenship et al., 2020; Frolova et al., 2016; Simic et al., 2017).

De surcroît, cette recension a révélé que plus de la moitié des études évaluant les effets de l'hypnose sur la douleur ont rapporté une réduction significative de l'utilisation d'analgésiques ou un indice de douleur auto-déclarée plus faible dans le groupe expérimental. Ces résultats sont prometteurs et conformes à ce que l'on pourrait attendre. Une recension systématique de méta-analyses incluant uniquement des essais contrôlés randomisés (ECR) sur l'utilisation de l'hypnose en médecine générale a conclu que cette technique thérapeutique est un complément efficace à l'anesthésie et aux autres techniques médicales modernes (Häuser et al., 2016).

Un autre résultat notable était l'identification de cinq études présentant une durée d'accouchement plus courte dans le groupe expérimental. Une étude précédente fournissait une hypothèse conséquente à ces résultats en démontrant que l'anxiété liée à l'accouchement était un facteur prédictif de la durée de l'accouchement (Reck et al., 2013). Une étude plus récente n'a, cependant, pas identifié cette association, mais a plutôt trouvé une association entre l'anxiété et l'utilisation de l'épidurale, qui à son tour était associée à un travail plus long (Slade et al., 2021).

Parmi les autres variables étudiées, des résultats contradictoires ont été trouvés concernant les symptômes psychologiques postnataux, l'allaitement et la satisfaction des mères. La formation à l'hypnose semblait également avoir peu d'effet sur le processus d'accouchement et la santé du nouveau-né.

4.1.2 Forces et limites

Cette recension avait comme force de décrire un large éventail d'applications de l'hypnose dans le traitement des symptômes physiques et psychologiques pendant la période périnatale. Cette étude a également été produite en suivant les recommandations AMSTAR (Shea et al., 2007) et PRISMA (Page et al., 2020) entourant l'évaluation de la qualité méthodologique et les lignes

conductrices d'une recension systématique. Cette recension permet également de mettre en évidence l'influence de l'hypnose sur la santé physique et psychologique des femmes pendant la période périnatale.

Plusieurs limites méritent toutefois d'être mentionnées. Tout d'abord, seuls les ECR et les ECNR ont été inclus dans cette analyse. De nombreuses études ont donc été omises. Ce choix s'appuyait sur le fait que les études expérimentales sont particulièrement utiles pour évaluer l'efficacité d'une intervention et présente généralement une meilleure validité interne et externe (McBride, 2023). Cependant, ce type de recherche reste limité, c'est-à-dire que de nombreux facteurs ne peuvent être contrôlés et de nombreuses questions ne peuvent tout simplement pas être étudiées à l'aide de cette approche. Ces recherches sont également longues et coûteuses. Ainsi, il peut s'écouler des années avant que les résultats ne soient disponibles. En outre, la recherche expérimentale est souvent limitée par le nombre de participants que les chercheurs peuvent gérer ou par la durée pendant laquelle les participants sont censés vivre dans des conditions contrôlées (McBride, 2023). Ceci peut alors limiter la portée des résultats présentés dans notre recension. Deuxièmement, certains articles ne fournissaient pas d'explication détaillée sur les méthodes de formation ou d'induction utilisées dans le protocole de l'étude. Bien que cela n'ait pas été effectué dans le cadre de l'étude, il aurait été pertinent de contacter les auteurs dans le but d'obtenir des informations supplémentaires. Par ailleurs, parmi les articles qui décrivaient le programme d'hypnose et les techniques mises en œuvre, il y avait une variabilité considérable dans le format et les techniques utilisées. De même, il y avait une grande variabilité au sein des types de variables mesurées et des mesures d'évaluation. Cette variabilité limite considérablement la comparaison des données. En outre, il est important de noter la présence de biais méthodologiques importants dans certaines des études incluses, comme nous l'avons démontré par une évaluation de la qualité méthodologique à l'aide d'outils recommandés par Kolaski et al. (2023). Plusieurs études incluses dans la recension présentent ainsi des risques importants de biais, ainsi qu'une faible validité méthodologique. Les résultats de ces études doivent ainsi être interprétés avec prudence. Enfin, l'une des principales limites de la recherche sur l'hypnose est le manque de données sur les effets indésirables, soulignant la nécessité de disposer de telles données dans les études futures (p.ex., détérioration de symptômes anxieux et

dépressifs, maux de tête, amnésie, etc.). L'étude des effets indésirables pourrait permettre de confirmer des données passées qui soutiennent la sécurité de l'hypnose (p.ex., Cyna et al., 2004; Semple et Newburn, 2011; Smith et al., 2006) et ainsi rassurer les professionnels et femmes qui souhaitent utiliser l'hypnose en contexte périnatal.

4.1.3 Pistes de réflexion pour de futurs projets

Cette recension nous permet de réfléchir à de nombreuses pistes de recherches futures visant l'approfondissement de nos connaissances actuelles sur le sujet, en voici quelques-unes :

Pour pallier les divergences identifiées entre les données médicales (utilisation d'analgésiques et de péridurale) et les données subjectives, il serait intéressant que d'autres recherches incluent les deux types de données pour valider cette cohérence. Enfin, la prise en compte de la quantité de médicaments utilisés permettrait également de s'assurer que les différences entre les niveaux de douleur rapportés ne sont pas uniquement dues à la quantité d'analgésiques administrés.

En outre, compte tenu des résultats encourageants concernant la réduction du temps de travail, des recherches supplémentaires seraient nécessaires pour confirmer cette hypothèse. Il serait important de considérer les facteurs intermédiaires, tels que le poids du nouveau-né et sa présentation, la durée de la grossesse, et bien plus.

Par ailleurs, considérant la présence de résultats contradictoires concernant certaines variables analysées (p. ex., symptômes psychologiques, postnatals, allaitement et satisfaction des mères), des entretiens avec les mères pourraient fournir des informations plus détaillées sur l'expérience vécue et la satisfaction de celles-ci tout en tenant compte des facteurs externes. De même, de futures recherches sur la satisfaction des mères ayant vécu le processus d'accouchement avec et sans hypnose, et des études comparant les résultats des mères primipares (expérience d'un seul accouchement) à ceux des mères multipares (mère ayant vécu plus d'une expérience d'accouchement) pourraient fournir des informations supplémentaires sur ce sujet.

Pour finir, on peut également émettre l'hypothèse que les résultats divergents concernant les symptômes psychologiques du post-partum peuvent s'expliquer par un manque de pratique et d'apprentissage appliqué après la sortie de l'hôpital. Des formats de formation incluant la pratique à domicile ou des scripts enregistrés peuvent être utiles pour généraliser les acquis tout au long de la maternité. L'inclusion de techniques d'hypnose spécifiquement liées à la vie post-natale peut cependant être nécessaire. Des recherches supplémentaires sont donc essentielles pour obtenir une meilleure compréhension.

4.2 Article 2 : étude d'acceptabilité

4.2.1 Résumé et interprétation des résultats

Le second article de cet essai doctoral a permis d'étudier l'acceptabilité et la pertinence d'une formation sur la communication hypnotique à destination de sages-femmes auprès de sept professionnels dans le domaine de l'hypnose et/ou l'obstétrique.

En général, les participants ont évalué favorablement la pertinence et l'acceptabilité du programme de formation. La structure du programme a été également perçue comme étant adéquate pour permettre l'intégration du contenu. De même, les commentaires reçus ont montré que les modalités pédagogiques proposées constituaient une des forces de la formation. Néanmoins, les participants ont souligné que les exercices entre pairs ne remplaceraient pas les expériences cliniques auprès des femmes enceintes, soulignant l'importance de favoriser la pratique afin de développer ces habiletés techniques. De plus, les participants ont partagé certaines suggestions concernant les techniques choisies pouvant facilement être intégrées au programme. Certains participants ont mentionné l'importance du rôle du conjoint.e lors de l'accouchement, générant la réflexion d'intégrer une discussion sur le rôle du partenaire de naissance. Les participants ont également mentionné leur appui à l'utilisation d'un manuel-synthèse, ainsi que l'utilisation de support vidéo et audio pour faire la démonstration des techniques.

En outre, les résultats obtenus ont montré que les participants de cette étude s'attendent à observer des effets positifs de cette formation sur les différents acteurs impliqués (sages-femmes, mères et conjoints). De même, les participants se sont accordés à penser que l'accompagnement par l'hypnose ne comporte pas de risque pour la santé. Ceux-ci ont soulevé toutefois des risques liés aux fausses croyances. Dans ce sens, les participants ont recommandé une introduction de cette approche de façon humble et progressive, et une définition claire de l'approche avec l'aide de soutien théorique et scientifique.

Enfin, concernant la mise en œuvre de la formation, des limites ont été soulignées par les participants telles que le nombre de jours de formation. L'un des participants a suggéré une réduction du contenu de la formation, alors que d'autres auraient ajouté une journée complète de formation. Ceci indique que l'équipe de recherche devra évaluer la pertinence d'inclure des rencontres de suivi ou encore de réduire le contenu de notre formation. Mentionnons aussi que la majorité des participants s'entendent sur les modalités de formation suivante : le nombre de participants visé (entre 8 et 10), la mise en place de journées de formations de façon consécutives ou rapprochées, ainsi qu'en présentiel. On appuie également l'importance que les formateurs soient de bons hypnopraticiens ayant une expérience significative en maternité.

4.2.2 Forces et limites

Tel que décrit précédemment, cette étude avait comme force d'évaluer la pertinence d'une formation par des professionnels pratiquant dans le domaine de l'hypnose et/ou de l'obstétrique avant l'application de celle-ci auprès du groupe cible. Leur expérience et leurs connaissances ont permis de noter de nombreuses suggestions afin d'ajuster et d'optimiser la formation, mais également de confirmer plusieurs éléments de celle-ci.

Certaines limites doivent toutefois être soulevées. D'abord, il aurait été pertinent de compléter un groupe de discussion avec les participants de l'étude afin d'enrichir les données récoltées. Cette étape aurait permis d'enrichir et approfondir les commentaires et suggestions rapportés par nos participants. Par exemple, les discussions auraient pu permettre de confirmer les résultats obtenus dans les questionnaires et valider que certains points de vue exprimés de façon

individuels représentent bien celui du groupe. La discussion entre pairs aurait pu également favoriser l'identification de suggestions supplémentaires pertinentes au développement de la formation. Notre équipe a toutefois fait face aux défis inhérents à la sollicitation.

De même, malgré un devis descriptif, le nombre de participants reste limité (n=7). Néanmoins, comme cette étude rapporte principalement des données qualitatives, nous nous sommes basés sur le critère de saturation des données, tel que décrit par Tracy (2019). En effet, les données que nous avons recueillies permettaient d'observer la présence de données répétitives et ainsi une saturation des données dans notre population cible.

Par ailleurs, cette étude pourrait présenter un biais d'échantillonnage, puisque nous avons opté pour une méthode d'échantillonnage de convenance. Une technique d'échantillonnage probabiliste aurait été préférable pour réduire le risque de biais. Toutefois, ces techniques auraient été difficiles à implanter dans le contexte de cette étude, puisque nos critères d'inclusion menaient à une population cible restreinte.

Enfin, il est important de noter les limites inhérentes aux devis de recherche qualitatifs, telles que l'homogénéité des participants causant généralement des résultats difficilement répliquables et généralisables. En effet, on retrouve inévitablement en recherche qualitative une homogénéité des participants causant généralement des résultats difficilement répliquables et généralisables. Néanmoins, la recherche qualitative permet un examen en profondeur de l'objet à l'étude et offre des informations subjectives.

4.2.3 Pistes de réflexion pour de futurs projets

Cette étude a permis d'identifier des pistes de recherches futures. En se basant sur le modèle d'évaluation de programme ORBIT (Czajkowski et al., 2015), cette étude a permis de compléter et de documenter la première phase du développement d'un programme de formation. Devant cette rétroaction positive, il sera maintenant possible d'entamer les prochaines phases de développement de programme. Les étapes suivantes viseront à récolter les appréciations d'un

petit groupe d'apprenantes (sages-femmes) à l'issue de la formation dans le but de confirmer que la formation est complète et que le protocole est prêt à être testé auprès du groupe cible.

Dans le contexte des tests expérimentaux, il serait également intéressant d'intégrer un volet d'évaluation qualitative du programme de formation et de l'efficacité perçue. Pour ce faire, des rencontres individuelles auprès de sages-femmes participantes pourraient être conduites afin d'évaluer leur degré de satisfaction face à la formation, leurs impressions concernant leur degré de maîtrise des compétences et leurs perceptions quant à l'efficacité des techniques utilisées. Ceci permettrait de mieux documenter les résultats obtenus en offrant des informations contextualisées et une interprétation des résultats par les sages-femmes elles-mêmes. En effet, la recherche qualitative peut aider à expliquer, éclairer ou interpréter des données quantitatives (Tracy, 2019).

D'autre part, dans le cadre de cette étude, nous ciblons la formation des sages-femmes vu leur ouverture aux approches médicales intégratives. Toutefois, dans un objectif de développer ce programme à plus grande échelle et de permettre ainsi à un plus grand nombre de femmes d'obtenir des soins de qualité, il serait intéressant d'évaluer l'intégration d'une formation à l'hypnose auprès d'autres professionnels travaillant en contexte d'accouchement, tels que les infirmiers/infirmières et les médecins en milieux hospitaliers. Ceci représenterait un défi important, puisque devant un contexte de travail différent, une évaluation des besoins de ces soignants et de la faisabilité d'intégration des techniques de communication hypnotique lors de l'accouchement serait nécessaire. Suivant cette évaluation des besoins, une formation adaptée aux compétences et au rôle de ces professionnels pourrait être mise en place et mener à l'évaluation de son efficacité. D'autre part, cela pourrait permettre de conduire une étude comparative des résultats selon les différents contextes médicaux et types de soignants.

Un autre aspect qui pourrait être étudié est la comparaison avec d'autres approches complémentaires, telles que la relaxation, la pleine conscience, la musicothérapie, etc. Ceci pourrait permettre non seulement d'identifier le ou les approches intégratives les plus utiles en

contexte d'accouchement, mais également de justifier les recommandations faites aux soignants quant aux choix de pratique à utiliser.

De même, un aspect important, voire primordial, dans la recherche sur l'hypnose en contexte d'accouchement serait l'évaluation des coûts et des bénéfices (études médico-économiques). En effet, les ressources étant limitées et l'objectif étant de maximiser la santé et le bien-être, les décideurs ont souvent besoin d'analyses économiques et de preuves d'efficacité pour identifier les meilleures options dans le déploiement des ressources disponibles (Knapp et Wong, 2020). Selon Knapp et Wong (2020), dans plusieurs pays à revenu élevé, comme le Canada, l'évaluation économique est désormais une composante quasi obligatoire de toute évaluation dans le domaine de la recherche sur les services de santé (p.ex., Tolsgaard et al., 2015). Ainsi, il serait important d'évaluer les coûts engendrés par la formation des soignants à l'hypnose et de son utilisation en contexte médical. Ceci inclut les coûts en matière de temps, d'argent et de ressources humaines et matérielles. À cela, nous pourrions comparer les bénéfices de son utilisation. Par exemple, les effets sur le bien-être des patientes, la durée de l'accouchement, les complications, la quantité d'analgésiques et autres médicaments administrés, etc. Cette évaluation pourrait permettre de justifier l'intégration de cette approche dans le contexte d'accompagnement à l'accouchement.

En résumé, ces études possibles pourraient avoir des implications cliniques importantes, puisque cela nous permettrait non seulement d'évaluer la faisabilité, mais également l'utilité d'enseigner des techniques hypnotiques aux professionnels de la santé de différents milieux. Les résultats pourraient également influencer l'intérêt de ces différents professionnels à apprendre des techniques et habiletés alternatives aux soins médicaux standards.

CONCLUSION

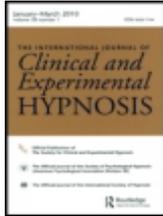
Cet essai doctoral met en lumière un large éventail d'applications de l'hypnose dans le traitement des symptômes physiques et psychologiques durant la période périnatale par la recension systématique des écrits. En effet, des résultats prometteurs tels que la réduction de l'anxiété et des symptômes dépressifs pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi que la réduction de la douleur et de la durée du travail durant l'accouchement ont pu être documentés, bien que certains résultats contradictoires et biais méthodologiques importants dans plusieurs études aient nuancé les résultats.

Cet essai a de surcroît permis de vérifier la pertinence et l'acceptabilité d'un programme de formation visé aux sages-femmes. Nous avons ainsi récolté une rétroaction ayant non seulement permis de confirmer les modalités de formation, telles que la durée de la formation et les outils qui seront proposés, mais également de recueillir des suggestions judicieuses pour optimiser notre formation afin qu'elle soit plus susceptible d'apporter des bénéfices aux sages-femmes dans leur pratique. Ainsi, cet essai a permis de révéler des informations utiles pour le développement futur d'une formation auprès de soignants dans le contexte de l'accompagnement à l'accouchement. Nos résultats permettent également de souligner la nécessité de futures recherches pour mieux comprendre les effets de l'hypnose en contexte périnatale, ainsi que l'identification des meilleures pratiques dans ce contexte clinique.

L'ensemble de ces données vise ainsi l'amélioration des pratiques actuelles entourant l'accompagnement à l'accouchement, dans le but de permettre aux femmes de vivre une expérience d'accouchement optimale. De meilleures pratiques pourraient se présenter par une augmentation du sentiment de confort et de sécurité des patientes, une réduction de la douleur ressentie, une réduction des complications, et bien plus.

ANNEXE A

Preuve de publication (article 1)



International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis



ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/nhyp20>

The Use of Hypnosis during the Perinatal Period: A Systematic Review

Émilie Dumont, David Ogez, Sabine Nahas & Ghassan El-Baalbaki

To cite this article: Émilie Dumont, David Ogez, Sabine Nahas & Ghassan El-Baalbaki (2023): The Use of Hypnosis during the Perinatal Period: A Systematic Review, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, DOI: [10.1080/00207144.2022.2160258](https://doi.org/10.1080/00207144.2022.2160258)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/00207144.2022.2160258>

 View supplementary material 

 Published online: 09 Jan 2023.

 Submit your article to this journal 

 View related articles 

 View Crossmark data 

Full Terms & Conditions of access and use can be found at
<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=nhyp20>

ANNEXE B
Certificat d'éthique



No. de certificat : 2023-4528
Date : 2022-06-20

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Accompagner l'accouchement à l'aide de l'hypnose médicale : évaluation d'une formation destiné aux sages-femmes

Nom de l'étudiant : Emilie Dumont

Programme d'études : Doctorat en psychologie

Direction(s) de recherche : Ghassan El-Baalbaki; David Ogez

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2023-06-20**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sylvie Lévesque'.

Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPÉ FSH

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Accompagner l'accouchement à l'aide de l'hypnose médicale : évaluation d'une formation destiné aux sages-femmes

Nom de l'étudiant : Emilie Dumont

Programme d'études : Doctorat en psychologie

Direction(s) de recherche : Ghassan El-Baalbaki; David Ogez

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2025-06-20**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Sophie Gilbert
Professeure, Département de psychologie
Présidente du CERPÉ FSH

ANNEXE C

Formulaire de consentement



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Accompagner l'accouchement à l'aide de l'hypnose médicale dans les maisons de naissances au Québec : une étude qualitative et de faisabilité. Volet 1 : validation du programme de formation auprès de professionnels

Étudiante-chercheuse

Émilie Dumont, candidate au doctorat en psychologie (Psy.D./Ph.D.), Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (514-706-6017 ; dumont.emilie@courrier.uqam.ca)

Co-chercheurs :

Anne-Laure Auger-Bonnieux, candidate au titre de psychologue par voie d'équivalence, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (alauauger@gmail.com)

Jean-François Courval, M.D., médecin anesthésiologiste (jf.courval@gmail.com)

Direction de recherche

David Ogez, Ph.D., professeur associé, département de psychologie, Université du Québec à Montréal (514-987-4184; david.ogez@umontreal.ca)

Ghassan El-Baalbaki, Ph.D., professeur titulaire, département de psychologie, Université du Québec à Montréal (514-987-3000, poste 2038

; el-baalbaki.ghassan@uqam.ca)

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique la participation à une présentation d'un programme de formation à la communication hypnotique destiné aux sages-femmes et l'évaluation de la pertinence du contenu de cette dernière. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

Cette étude s'inscrit dans le projet de recherche doctorale d'Émilie Dumont intitulé : « ACCOMPAGNEMENT À L'ACCOUCHEMENT À L'AIDE DE L'HYPNOSE MÉDICALE DANS LES MAISONS DE NAISSANCES AU QUÉBEC », et qui vise à explorer les effets de l'utilisation de l'hypnose pendant la grossesse et l'accouchement et à évaluer si les techniques d'hypnose utilisées auprès de femmes enceintes pourraient réduire les symptômes anxieux et dépressifs associés, diminuer la douleur lors de l'accouchement et augmenter leur satisfaction générale face à l'expérience de grossesse et d'accouchement.

Nature et durée de votre participation

Votre participation est sollicitée pour évaluer la pertinence du contenu et des modalités pratiques de la formation que nous souhaitons délivrer aux sages-femmes qui participeront à cette étude.

Pour ce faire, nous vous demanderons d'assister à une présentation du contenu de la formation et de vous prononcer sur le programme de formation, à l'aide d'un questionnaire. Puis, dans un deuxième temps, vous serez convié(e), à une réunion Zoom, pour un retour sur les résultats obtenus aux questionnaires, suivi d'un temps d'échanges constructifs visant à perfectionner le programme de formation.

La présentation des résultats et les échanges seront enregistrés sur support vidéo et audio afin de permettre aux chercheurs d'évaluer l'intervention. La date de cette présentation sera déterminée selon vos disponibilités.

Avantages liés à la participation

En participant à ce projet pilote, vous contribuerez à la diffusion de l'hypnose dans le champ médical et plus précisément, en périnatalité, en offrant aux parents et aux soignants, des techniques naturelles pour accompagner l'accouchement.

Risques liés à la participation

Il n'y a aucun risque à répondre aux questions de cette étude.

Confidentialité

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée et les enregistrements ne seront visionnés que par l'équipe de recherche. Votre identité sera protégée en remplaçant votre nom par des codes ou pseudonymes. Seule l'équipe de recherche aura accès au lien entre le code et votre nom. Vos réponses seront séparées de vos données personnelles et traitées confidentiellement uniquement par l'équipe de recherche pour les analyses. La base de données contenant vos informations personnelles sera conservée dans un dossier à accès restreint uniquement accessible par les chercheurs responsables du projet. La base de données contenant vos informations personnelles sera détruite dix ans après la fin de l'étude. La banque de données anonymisée pouvant servir à des recherches futures sera conservée dans les archives du Laboratoire de recherche sur la personnalité aussi longtemps que les chercheurs pourront en assurer la gestion. Afin de vérifier le bon déroulement de la recherche et d'assurer votre protection, le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal ou une personne mandatée par celui-ci pourrait consulter votre dossier de recherche. Si les résultats généraux de ce projet de recherche sont publiés ou présentés lors de conférences scientifiques, votre nom et vos autres renseignements personnels ne seront pas utilisés à moins d'une autorisation de votre part.

Participation volontaire et retrait

Votre participation à ce projet est entièrement bénévole et volontaire.

Vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, sans conséquence pour vous. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec le chercheur au numéro de téléphone indiqué ci-dessous. À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent pourront aussi être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de publication, il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

Indemnité compensatoire

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue.

Des questions sur le projet ?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : David Ogez (514-987-4184; david.ogez@umontreal.ca); Ghassan El-Baalbaki (514-987-3000, poste 2038 ; el-baalbaki.ghassan@uqam.ca); Émilie Dumont (514-706-6017 ; dumont.emilie@courrier.uqam.ca)

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPE : cerpe.fsh@uqam.ca

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose, comme présenté dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom Nom

Signature

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e), certifie

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire; (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom Nom

Signature

Date

ANNEXE D

Programme de formation

PROGRAMME DE FORMATION A LA COMMUNICATION HYPNOTIQUE A L'ATTENTION DES SAGES-FEMMES
--

Modalités pratiques :

Durée de la formation :

2 journées consécutives, soit 14h de formation

Dates :

Automne 2022

Effectif :

Entre 8 et 10 participants

Public :

Sages-femmes exerçant au Québec

Formateurs :

Dr Jean-François Courval : anesthésiologiste depuis plus de 25 ans. Il a suivi deux formations complètes en hypnose et se spécialise dans la pratique de l'hypnose médicale. Il s'investit principalement dans le traitement de la douleur, le trauma et le TDAH.

Anne-Laure Auger-Bonnieux : candidate au titre de psychologue par voie d'équivalence au Québec. Elle a été psychologue en maternité pendant 14 ans en France, où elle a obtenu en 2020 son Certificat d'Hypnose Clinique par la CFHTB après 4 ans de formation à l'ArePTA. Elle a également suivi une formation spécifique à l'Hypnose Périnatale à l'ARCHE.

Objectifs visés :

Offrir aux sages-femmes des outils d'hypnose médicale et leur démontrer l'intérêt que cela peut avoir pour elles dans le domaine de la périnatalité.

Enseigner les bases de la communication hypnotique ainsi que les règles qui la régissent, en sensibilisant particulièrement les sages-femmes aux aspects relationnels et rhétoriques de celle-ci.

Enseigner aux sages-femmes des techniques d'hypnose médicale concrètes et facilement applicables auprès de leur clientèle pendant la grossesse et au moment de l'accouchement.

Compétences visées :

- Connaître les principes de l'hypnose médicale
- Savoir adapter sa posture et son langage pour établir une alliance thérapeutique avec les patientes.
- A travers l'utilisation de l'hypnose conversationnelle, comprendre les principes de l'association et de la dissociation.
- Acquérir des techniques d'hypnose concrètes et facilement applicables pour accompagner différentes situations rencontrées pendant la grossesse et l'accouchement.

Méthodes pédagogiques :

- Enseignement se basant sur des données scientifiques probantes actualisées
- Support de cours (PowerPoint)

- Démonstrations pratiques en grand groupe

Afin d'illustrer nos propos et de faciliter leur assimilation, nous proposerons à la classe de vivre ensemble des expériences d'hypnose. Exemples : expérience du citron pour assimiler le VAKOG¹, Endroit Ressource pour les suggestions...

- Exercices en petits groupes

Afin d'être opérationnels rapidement, il est important que les stagiaires s'exercent aux techniques transmises. Par petits groupes de 2 ou 3 (avec un observateur), nous leur proposerons des exercices pour pratiquer la communication hypnotique (synchronisation verbale et paraverbale, langage dissociatif, langage positif...) et certains outils comme le Gant Magique ou l'autohypnose. Nous pourrions passer dans les groupes pour les accompagner avant d'échanger sur leurs expériences en grand groupe.

- Livret pratique / support

Il serait intéressant, qu'en plus du PowerPoint de la formation, les stagiaires repartent avec un petit guide compilant un récapitulatif des bases de la communication hypnotique, des « protocoles » de techniques et de métaphores spécifiques à leur pratiques et des exemples de verbatim... afin d'avoir la possibilité de s'y référer quelques temps après la fin de la formation

- Bibliographie

Références bibliographiques générales et spécifiques à la pratique des sages-femmes

¹ VAKOG : Acronyme de « Visuel Auditif Kinesthésique Olfactif Gustatif ». Pour chaque patient, le praticien cherche à identifier le canal sensoriel privilégié de son patient afin d'adapter sa communication hypnotique.

Contenu de la formation :

JOUR 1 :

Introduction

→ *Démonstration d'un phénomène hypnotique (lévitation ou catalepsie de la main)*

1- Qu'est-ce que l'hypnose

Connaître les principes de l'hypnose médicale

- Définition de l'hypnose
Débutée par un brainstorming par la classe
- L'apport des neurosciences, le système sympathique et parasympathique
Dans cette section, nous aborderons l'hypnose sous l'angle des neurosciences et ce que les études scientifiques nous permettent de comprendre du fonctionnement du cerveau sous hypnose. Nous y aborderons aussi les perceptions sensorielles pour introduire le VAKOG.
- Objectifs recherchés en hypnose médicale

2- Comment formuler une suggestion hypnotique : principes de bases de la communication hypnotique

Savoir adapter sa posture et son langage pour établir une alliance thérapeutique avec les patientes

- Les lois de l'hypnose
- Aspects relationnels et interactionnels
Etablir et entretenir la qualité du lien nécessaire au développement de l'alliance thérapeutique : communication non-verbale, synchronisation (pacing-leading²), mise en sécurité, collaboration...
- Rhétorique hypnotique
Aspects verbaux et paraverbaux de la communication hypnotique : forme, vocabulaire, synchronisation verbale et respiratoire...
- Suggestions et langage métaphorique
Comprendre l'intérêt et savoir utiliser ces deux techniques dans la pratique des sages-femmes.

Exercices :

- ◆ Exercice du citron en grand groupe : visualisation d'un citron selon tous ses aspects du VAKOG
- ◆ En petits groupes : s'exercer à décrire le lieu ressource, selon les modalités de la communication hypnotique.

² Pacing-leading : deux phases de la synchronisation avec le patient. La première (pacing) consistant à s'adapter au patient avant de le conduire vers l'objectif thérapeutique (leading)

Jour 2 :

1- Intérêts de l'hypnose en périnatalité

Enumération rapide de quelques exemples de situations périnatales où l'hypnose est un moyen de travailler sur la dimension physiologique et psychologique. Puis on s'attardera plus spécifiquement aux pistes de travail spécifiques à la grossesse et à l'accouchement.

- du désir de grossesse au post-partum
- pendant la grossesse
 - gestion des émotions
 - accompagnement des maux de la grossesse
 - préparation à la naissance : reconnexion aux ressources naturelles innées
→ parents acteurs → confiance
- pendant l'accouchement :
 - Briser le cercle vicieux « peur → tension → douleur »
 - Gestion des sensations inconfortables
 - Détente
 - Trouver les ressources (dans le passé ou le futur) pour la poussée

2- Auto-hypnose

L'objectif de l'hypnose médicale étant de rendre le sujet autonome, il est important que celui-ci sache comment reproduire pour lui-même, quand il en ressent le besoin, les exercices d'hypnose vécus dans la relation avec le thérapeute.

3- Stratégies hypnotiques

Transmission et entraînement à des outils spécifiques facilement utilisables pendant la grossesse et l'accouchement visant à :

- plus de calme, détente : Lieu ressource (Safe Place), souvenir agréable, respiration
- analgésie : gants magique, changement de modalités/métaphores
- plus de confiance : projection dans l'avenir, recadrage

Exercices :

- ◆ Exercice d'analgésie par enrobage (gant magique) ou faire revenir une sensation d'anesthésie déjà vécue
Utilisation de la métaphore selon laquelle on enrobe la partie du corps douloureuse dans un gant (ou autre) de façon à l'isoler du reste du corps et d'éloigner ainsi les perceptions inconfortables.
- ◆ Exercice de l'endroit ressource.
Stratégie qui permet d'abstraire la patiente d'une situation inconfortable, en l'emmenant dans un endroit, connu ou imaginaire, dans lequel elle se sent en sécurité et où elle va pouvoir se connecter à toutes les ressources personnelles dont elle a besoin pour faire face à la situation.

ANNEXE E

Questionnaire d'évaluation d'un programme de formation destiné aux sages-femmes

Questionnaire d'évaluation d'un programme de formation destiné aux sages-femmes

Afin d'évaluer le programme de la formation destinée aux sages-femmes, pourriez-vous compléter le questionnaire suivant en situant votre réponse sur la grille de droite :
« 0 » signifiant pas du tout d'accord et « 5 », tout à fait d'accord.

I. Pertinence et acceptabilité du programme

Dans l'ensemble, ce programme de formation...

- 1- est adéquate pour initier les sages-femmes à l'hypnose médicale
- 2- correspond à ce qu'est l'hypnose médicale aujourd'hui
- 3- s'intègre dans le mouvement actuel des offres de soins en périnatalité
- 4- permet de comprendre l'intérêt de l'hypnose dans le champ de la périnatalité
- 5- est susceptible d'intéresser les sages-femmes
- 6- est en adéquation avec les missions et les compétences professionnelles des sages-femmes
- 7- est structuré de manière permettre aux sages-femmes d'intégrer efficacement son contenu

	0	1	2	3	4	5
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						
(6)						
(7)						

Remarques concernant la pertinence et l'acceptabilité du programme de formation :

17/19

Questionnaire d'évaluation d'un programme de formation destiné aux sages-femmes

II. Evaluation des outils (= modalités pédagogiques)

Dans l'ensemble, le contenu de la formation...

- 1- se déroule de façon logique
- 2- est pertinent quant à la pratique professionnelle des sages-femmes
- 3- permet d'appréhender ce qu'est l'hypnose médicale

	0	1	2	3	4	5
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						
(6)						
(7)						
(8)						
(9)						

Remarques concernant le contenu de la formation :

27/19

Dans l'ensemble, les techniques enseignées...

- 1- sont cohérentes avec le champ de la périnatalité
- 2- sont facilement assimilables pendant la formation
- 3- sont applicables pendant la grossesse
- 4- sont applicables pendant l'accouchement

	0	1	2	3	4	5
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						

La technique du « Lieu sûr »

- 5- est pertinente dans cette formation
- 6- est facilement utilisable pendant la grossesse
- 7- est facilement utilisable au moment de l'accouchement
- 8- peut être utile aux femmes enceintes pendant la grossesse
- 9- peut être utile aux femmes enceintes au moment de l'accouchement
- 10- est cohérente avec l'objectif d'apporter plus de sécurité
- 11- est cohérente avec l'objectif d'apporter plus de détente
- 12- est cohérente avec l'objectif d'apporter plus de confort (diminuer la douleur)

	0	1	2	3	4	5
(5)						
(6)						
(7)						
(8)						
(9)						
(10)						
(11)						
(12)						

La technique du « Gant magique »

- 13- est pertinente dans cette formation
- 14- est facilement utilisable pendant la grossesse
- 15- est facilement utilisable au moment de l'accouchement
- 16- peut être utile aux femmes enceintes pendant la grossesse
- 17- peut être utile aux femmes enceintes au moment de l'accouchement
- 18- est cohérente avec l'objectif d'apporter plus de sécurité
- 19- est cohérente avec l'objectif d'apporter plus de détente
- 20- est cohérente avec l'objectif d'apporter plus de confort (diminuer la douleur)

	0	1	2	3	4	5
(13)						
(14)						
(15)						
(16)						
(17)						
(18)						
(19)						
(20)						

L'apprentissage de l'auto-hypnose

- 21- est pertinente dans cette formation
- 22- est facilement utilisable pendant la grossesse
- 23- est facilement utilisable au moment de l'accouchement
- 24- peut être utile aux femmes enceintes pendant la grossesse
- 25- peut être utile aux femmes enceintes au moment de l'accouchement
- 26- est cohérente avec l'objectif d'apporter plus de sécurité
- 27- est cohérente avec l'objectif d'apporter plus de détente
- 28- est cohérente avec l'objectif d'apporter plus de confort (diminuer la douleur)

	0	1	2	3	4	5
(21)						
(22)						
(23)						
(24)						
(25)						
(26)						
(27)						
(28)						

Remarques concernant les techniques hypnotiques :

En complément des supports de cours (PowerPoint), un manuel de formation ...

- 1- serait pertinent
- 2- devrait contenir un résumé des principes de l'hypnose vus pendant la formation
- 3- devrait contenir des exemples de verbatim
- 4- devrait contenir des protocoles de techniques hypnotiques
- 5- devrait contenir des idées de métaphores propres à des problématiques rencontrées en périnatalité

	0	1	2	3	4	5
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						

Remarques concernant un manuel de formation :

III. Effets du programme

La formation ...

- 1- est susceptible d'apporter des bénéfices aux sages-femmes dans leur pratique
- 2- ne risque pas d'entraîner d'effets secondaires indésirables sur les sages-femmes
- 3- peut avoir un effet bénéfique à court terme sur la pratique des sages-femmes
- 4- peut avoir un effet bénéfique à long terme sur la pratique des sages-femmes
- 5- peut avoir un effet positif dans l'accompagnement des femmes pendant la grossesse
- 6- peut avoir un effet positif dans l'accompagnement des femmes pendant l'accouchement
- 7- ne risque pas d'entraîner d'effets secondaires indésirables sur les patientes
- 8- peut avoir un effet positif dans l'accompagnement des couples pendant la grossesse
- 9- peut avoir un effet positif dans l'accompagnement des couples pendant l'accouchement
- 10- peut contribuer à aider les sages-femmes à diminuer l'anxiété des femmes enceintes
- 11- peut-être un outil supplémentaire pour gérer la douleur des contractions
- 12- peut avoir un effet bénéfique sur la consommation d'analgiques/anesthésiants...
- 13- peut avoir un impact positif sur la gestion du stress lors de l'accouchement
- 14- peut avoir un impact positif sur le vécu de l'accouchement chez les parents
- 15- peut avoir un impact indirect sur le reste de l'équipe
- 16- la formation peut intéresser d'autres professionnels que les sages-femmes
- 17- la formation aurait sa place dans un projet de service / multidisciplinaire

	0	1	2	3	4	5
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						
(6)						
(7)						
(8)						
(9)						
(10)						
(11)						
(12)						
(13)						
(14)						
(15)						
(16)						
(17)						

Remarques concernant les effets de la formation :

IV. Mise en œuvre du programme

Selon vous, concernant la mise en œuvre du programme,

Les 2 jours de formation

- 1- le volume horaire est adéquat
- 2- sont suffisants pour les objectifs visés
- 3- sont articulés de manière adéquate
- 4- sont équilibrés quant à leur contenu
- 5- devraient être consécutifs
- 6- devraient être espacés de quelques semaines
- 7- les sages-femmes vont pouvoir s'investir plus facilement sur 2 jours consécutifs
- 8- les sages-femmes vont pouvoir s'investir plus facilement sur 2 journées à distances

	0	1	2	3	4	5
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						
(6)						
(7)						
(8)						

Les formateurs

- 9- le nombre de formateurs est adéquat
- 10- le fait qu'un des formateurs soit médecin anesthésiologiste est bénéfique pour la formation
- 11- le fait qu'un des formateurs soit psychologue est bénéfique pour la formation
- 12- les professions des formateurs sont complémentaires

	0	1	2	3	4	5
(9)						
(10)						
(11)						
(12)						

Le nombre de participants

- 13- est adapté pour une dynamique de groupe satisfaisante
- 14- est adapté pour des exercices pratiques en grand groupe
- 15- est adapté pour des exercices pratiques en petits groupes

	0	1	2	3	4	5
(13)						
(14)						
(15)						

Le lieu

- 16- la formation doit être donnée en présentiel
- 17- il est plus pertinent de donner la formation dans un lieu extérieur au lieu de pratique habituel

	0	1	2	3	4	5
(16)						
(17)						

Remarques concernant la mise en œuvre du programme :

Autres remarques :

Nous vous remercions chaleureusement pour votre participation !!!

RÉFÉRENCES

- Abbasi, M., Ghazi, F., Barlow-Harrison, A., Sheikvatan, M. et Mohammadyari, F. (2009). The effect of hypnosis on pain relief during labor and childbirth in Iranian pregnant women. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2), 174-183. <https://doi.org/10.1080/00207140802665435>
- Accardi, M., Cleere, C., Lynn, S. J. et Kirsch, I. (2013). Placebo versus “standard” hypnosis rationale: Attitudes, expectancies, hypnotic responses, and experiences. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 56(2), 103-114. <https://doi.org/10.1080/00029157.2013.769087>
- APA Div. 30: Society of Psychological Hypnosis (2014). *About the Society of Psychological Hypnosis*. APA divisions. <https://www.apadivisions.org/division-30/about#:~:text=Hypnosis%3A%20A%20state%20of%20consciousness,procedure%20designed%20to%20induce%20hypnosis>
- Atis, F. Y. et Rathfisch, G. (2018). The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 33, 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.08.004>
- Bansal, V. V., Nemani, S. P., Natu, Hirkani, M. A., Natu, A. A. et Parmar, U. G. (2020). A survey of the awareness and attitudes of an adult population towards clinical hypnosis. *Indian Journal of Mental Health*, 7(4).
- Beebe, K. R. (2014). Hypnotherapy for labor and birth. *Nursing for Women's Health*, 18(1), 48-59. <https://doi.org/10.1111/1751-486X.12093>
- Beevi, Z., Low, W. Y. et Hassan, J. (2016). Impact of hypnosis intervention in alleviating psychological and physical symptoms during pregnancy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 58(4), 368–382. <https://doi.org/10.1080/00029157.2015.1063476>
- Beevi, Z., Low, W. Y. et Hassan, J. (2017). The effectiveness of hypnosis intervention for labor: An experimental study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 60(2), 172–191. <https://doi.org/10.1080/00029157.2017.1280659>
- Beevi, Z., Low, W. Y. et Hassan, J. (2019). The effectiveness of hypnosis intervention in alleviating postpartum psychological symptoms. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61(4), 409–425. <https://doi.org/10.1080/00029157.2018.1538870>
- Bellet, P. (2016). *L'hypnose*. Odile Jacob.
- Bellet, P. (2015). *L'hypnose pour réhumaniser le soin: Protéger, cicatriser, inventer*. Odile Jacob.

- Berghmans, C. et Tarquinio, C. (2009). *Comprendre et pratiquer les nouvelles psychothérapies: cohérence cardiaque, relaxation, méditation, hypnose, EMDR, Tai-chi-chuan, Qi gong*. InterEditions.
- Blankenship, S. A., Raghuraman, N., Delhi, A., Woolfolk, C. L., Wang, Y., Macones, G. A. et Cahill, A. G. (2020). Association of abnormal first stage of labor duration and maternal and neonatal morbidity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(3), 445. e441–445. e415. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.06.053>
- Bollinger, J. W. (2018). The rate of adverse events related to hypnosis during clinical trials. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 60(4), 357-366. <https://doi.org/10.1080/00029157.2017.1315927>
- Brann, L. R. et Guzvica, S. A. (1987). Comparison of hypnosis with conventional relaxation for antenatal and intrapartum use: A feasibility study in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 37(303), 437–440.
- Braun, V. et Clarke, V. (2012). Thematic Analysis. In H. C. Research Design (Ed.), *APA Handbook of Research Methods in Psychology* (Vol. 2, pp. 57-71). American Psychological Association.
- Bryan Jr, W. J. (1963). A history of hypnosis. *The Journal of the American Institute of Hypnosis*, 4(1), 11-41.
- Caron-Trahan, R., Jusseaux, A. E., Aubin, M., Urbanowicz, R., Richebé, P. et Ogez, D. (2023). Définition et raffinement de HYLADO, un programme d'entraînement à l'autohypnose pour la gestion de la douleur chronique : une étude exploratoire qualitative. *Explore*, 19(3), 417-425. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2022.08.008>
- Catsaros, S. et Wendland, J. (2020). Hypnosis-based interventions during pregnancy and childbirth and their impact on women's childbirth experience: A systematic review. *Midwifery*, 84, 102666. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102666>
- Catsaros, S. et Wendland, J. (2022). Psychological impact of hypnosis for pregnancy and childbirth: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 101713. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101713>
- Coldrey, J. et Cyna, A. (2004). Suggestion, hypnosis and hypnotherapy: a survey of use, knowledge and attitudes of anaesthetists. *Anaesthesia and Intensive Care*, 32(5), 676-680. <https://doi.org/10.1177/0310057X0403200513>
- Colombo, L., Crippa, B. L., Consonni, D., Bettinelli, M. E., Agosti, V., Mangino, G., Bezze, E. N., Mauri, P. A., Zanotta, L. et Roggero, P. (2018). Breastfeeding determinants in healthy term newborns. *Nutrients*, 10(1), 48. <https://doi.org/10.3390/nu10010048>

- Cox, J. L., Holden, J. et Henshaw, C. (2014). *Perinatal mental health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) manual* (2nd ed.). RCPsych publications.
- Cyna, A. M. (2003). A post-partum complication of hypnosis for analgesia during labour. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31(2), 185-190.
- Cyna, A., Crowther, C., Robinson, J., Andrew, M., Antoniou, G. et Baghurst, P. (2013). Hypnosis antenatal training for childbirth: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(10), 1248–1259. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12320>
- Cyna, A. M., McAuliffe, G. L. et Andrew, M. I. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 93(4), 505-511. <https://doi.org/10.1093/bja/ae225>
- Czajkowski, S. M., Powell, L. H., Adler, N., Naar-King, S., Reynolds, K. D., Hunter, C. M., Laraia, B., Olster, D. H., Perna, F. M., Peterson, J.C., Epel, E., Boyington, J. E. et Charlson, M. E. (2015). From ideas to efficacy: The ORBIT model for developing behavioral treatments for chronic diseases. *Health Psychology*, 34(10), 971. <https://doi.org/10.1037/hea0000161>
- Davidson, J. A. (1962). An assessment of the value of hypnosis in pregnancy and labour. *British Medical Journal*, 2(5310), 951. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5310.951>
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Wigert, H., Hessman, E., Sjöblom, H. et Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*, 32(2), 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>
- Dick-Read, G. (2013). *Childbirth without fear: The principles and practice of natural childbirth*. Pinter & Martin Ltd.
- Diezi, A. S., Vanetti, M., Robert, M., Schaad, B., Baud, D. et Horsch, A. (2023). Informing about childbirth without increasing anxiety: a qualitative study of first-time pregnant women and partners' perceptions and needs. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 797. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06105-3>
- Downe, S., Finlayson, K., Melvin, C., Spiby, H., Ali, S., Diggle, P., Gyte, G., Hinder, S., Miller, V. et Slade, P. (2015). Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: A randomised controlled trial of clinical effectiveness. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(9), 1226–1234. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13433>

- Doyle, N. (2023). "When I think of it I awfully dread it": Conceptualizing childbirth pain in early america. *Bulletin of the History of Medicine*, 97(2), 227-254. <https://doi.org/10.1353/bhm.2023.a905730>
- Dumont, É., Ogez, D., Nahas, S. et El-Baalbaki, G. (2023). The use of hypnosis during the perinatal period: A systematic review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1-23. <https://doi.org/10.1080/00207144.2022.2160258>
- Dunkel Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review of Psychology*, 62(1), 531–558. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727>
- Echterling, L. G. et Whalen, J. (1995). Stage hypnosis and public lecture effects on attitudes and beliefs regarding hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(1), 13-21. <https://doi.org/10.1080/00029157.1995.10403173>
- Eddy, B. P. et Fife, S. T. (2021). Active husband involvement during pregnancy: A grounded theory. *Family Relations*, 70(4), 1222-1237. <https://doi.org/10.1111/fare.12486>
- Eitner, S., Sokol, B., Wichmann, M., Bauer, J. et Engels, D. (2011). Clinical use of a novel audio pillow with recorded hypnotherapy instructions and music for anxiety during dental implant surgery: a prospective study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(2), 180-197. <https://doi.org/10.1080/00207144.2011.546196>
- Eng, Y. H. et Cyna, A. M. (2006). A comparison of midwives' knowledge of, and attitudes to, hypnosis in hospitals with and without a hypnotherapy service. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(1), 17.
- Enrico Facco (2017). Meditation and hypnosis: Two sides of the same coin? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 65(2), 169-188. <https://dx.doi.org/10.1080/00207144.2017.1276361>
- Epel, E., Laraia, B., Coleman-Phox, K., Leung, C., Vieten, C., Mellin, L., Kristeller, L., Thomas, M., Stotland, N., Bush, N., Lustig, R. H., Dallman, M., Hecht, F. M. et Adler, N. (2019). Effets d'une intervention basée sur la pleine conscience sur la détresse, la prise de poids et le contrôle du glucose pour les femmes enceintes à faible revenu : un essai quasi-expérimental utilisant le modèle ORBIT. *International Journal of Behavioral Medicine*, 26, 461-473. <https://doi.org/10.1007/s12529-019-09779-2>
- Eri, T. S., Berg, M., Dahl, B., Gottfreðsdóttir, H., Sommerseth, E. et Prinds, C. (2020). Models for midwifery care: A mapping review. *European Journal of Midwifery*, 4. <https://doi.org/10.18332/ejm/124110>

- Fédération Française d'Hypnose et de Thérapie Brève. (2018). *Les différents types d'hypnose : classique ou traditionnelle*. <https://ffhtb.fr/actualite-hypnose-therapie-breve/differents-types-hypnose/>
- Finlayson, K., Downe, S., Hinder, S., Carr, H., Spiby, H. et Whorwell, P. (2015). Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0659-0>
- Frolova, A. I., Stout, M. J., Tuuli, M. G., López, J. D., Macones, G. A., et Cahill, A. G. (2016). Duration of the third stage of labor and risk of postpartum hemorrhage. *Obstetrics and Gynecology*, 127(5), 951–956. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001399>
- Gaffney, L. et Smith, C. A. (2004). Use of complementary therapies in pregnancy: the perceptions of obstetricians and midwives in South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 44(1), 24-29. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2004.00161.x>
- German, E. (2004). Hypnotic preparation of a mother-to-be. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32(2), 157-169.
- Gizzo, S., Di Gangi, S., Saccardi, C., Patrelli, T. S., Paccagnella, G., Sansone, L., Barbara, F., D'Antona, D. et Nardelli, G. B. (2012). Epidural analgesia during labor: impact on delivery outcome, neonatal well-being, and early breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 7(4), 262-268. <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0099>
- Grangier, L., de Tejada, B. M., Savoldelli, G. L., Irion, O. et Haller, G. (2020). Adverse side effects and route of administration of opioids in combined spinal-epidural analgesia for labour: a meta-analysis of randomised trials. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 41, 83-103. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2019.09.004>
- Gueguen, J., Huas, C., Orri, M. et Falissard, B. (2021). Hypnosis for labour and childbirth: A meta-integration of qualitative and quantitative studies. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 43, 101380. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101380>
- Guse, T., Wissing, M. et Hartman, W. (2006). The effect of a prenatal hypnotherapeutic programme on postnatal maternal psychological well-being. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(2), 163–177. <https://doi.org/10.1080/02646830600644070>
- Hall, K. et Giles-Corti, B. (2000). Complementary therapies and the general practitioner. A survey of perth GPs. *Australian Family Physician*, 29(6), 602-606.
- Hansen, E. (2024). Efforts, pitfalls, and criteria to build a bridge between hypnosis and medicine. In *The Routledge International Handbook of Clinical Hypnosis* (pp. 741-754). Routledge.

- Harmon, T. M., Hynan, M. T. et Tyre, T. E. (1990). Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 525. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.58.5.525>
- Hermes, D., Truebger, D., Hakim, S. G. et Sieg, P. (2005). Tape recorded hypnosis in oral and maxillofacial surgery—basics and first clinical experience. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 33(2), 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2004.06.009>
- Häuser, W., Hagl, M., Schmierer, A. et Hansen, E. (2016). The efficacy, safety and applications of medical hypnosis: A systematic review of meta-analyses. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(17), 289. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0289>
- Häuser, W. (2003). Hypnose in der Gastroenterologie. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 41(05), 405-412. <https://doi.org/10.1055/s-2003-39332>
- Herrera-Gómez, A., García-Martínez, O., Ramos-Torrecillas, J., De Luna-Bertos, E., Ruiz, C. et Ocaña-Peinado, F. (2015). Retrospective study of the association between epidural analgesia during labour and complications for the newborn. *Midwifery*, 31(6), 613–616. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.013>
- Hornyak, L. M. et Green, J. P. (2000). *Healing from within: The use of hypnosis in women's health care*. American Psychological Association.
- Hosseini, V. M., Nazarzadeh, M. et Jahanfar, S. (2018). Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women and Birth*, 31(4), 254-262. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.007>
- Høftoft, D. et Maimburg, R. D. (2021). Epidural analgesia during birth and adverse neonatal outcomes: A population-based cohort study. *Women and Birth*, 34(3), e286-e291. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.05.012>
- Higgins, J. P., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G. et Sterne, J. A. (2019). Assessing risk of bias in a randomized trial. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, 205–228. <https://doi.org/10.1002/9781119536604.ch8>
- IBM Corp. (2020). *IBM statistics for Macintosh, version 27.0*.
- Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG) (2022, 20 octobre). *Epidurals and other medications to relieve labor pain*. <https://www.informedhealth.org/epidurals-and-other-medications-to-relieve-labor-pain.html>

- Kayrouz, R., Cher, B. F., Karin, E. et Titov, N. (2016). *Facebook comme stratégie de recrutement efficace pour la recherche en santé mentale des populations difficiles à atteindre*. *Internet Interv*, 4, 1–10.
- Kazdin, A. E. (1977). Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification*, 1(4), 427-452. <https://doi.org/10.1177/014544557714001>
- Kazdin AE. (2016). *Research design in clinical psychology* (5th ed.). Boston: Pearson.
- Ketterhagen, D., VandeVusse, L. et Berner, M. A. (2002). Self-hypnosis: alternative anesthesia for childbirth. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 27(6), 335-340. <https://doi.org/10.1097/00005721-200211000-00007>
- Kirsch, I., Montgomery, G. et Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 214. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.2.214>
- Knapp, M. et Wong, G. (2020). Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry*, 19(1), 3-14. <https://doi.org/10.1002/wps.20692>
- Kolaski, K., Romeiser Logan, L. et Ioannidis, J. P. (2023). Guidance to best tools and practices for systematic reviews (Guide des meilleurs outils et pratiques pour les revues systématiques). *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 16(2), 241-273. <https://doi.org/10.3233/PRM-230019>
- Komatsu, R., Carvalho, B. et Flood, P. (2018). Prediction of outliers in pain, analgesia requirement, and recovery of function after childbirth: A prospective observational cohort study. *British Journal of Anaesthesia*, 121(2), 417–426. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.04.033>
- Kurnaesih, E., Karuniawati, N., Azahrah, S. F. et Baharuddin, A. (2021). The implementation of hypnobirthing effect on pain relief in the intrapartum period at Klinik Pratama Rakyat Hospital Makassar. *Medico Legal Update*, 21(2), 491–495.
- Landolt, A. S. et Milling, L. S. (2011). The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: a comprehensive methodological review. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1022-1031. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.002>
- Lang, E. V. (2017). No pain no gain: A neuroethical place for hypnosis in invasive intervention. Dans J. Illes (dir.), *Neuroethics: Anticipating the future* (1re édition, p.197-213). Oxford University Press.
- Lang, E. V., Benotsch, E. G., Fick, L. J., Lutgendorf, S., Berbaum, M. L., Berbaum, K. S., Logan, H. et Spiegel, D. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical

procedures: a randomised trial. *The Lancet*, 355(9214), 1486-1490.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02162-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02162-0)

Lang, E. V., Berbaum, K. S., Faintuch, S., Hatsiopoulou, O., Halsey, N., Li, X., Berbaum, M. L., Laser, E. et Baum, J. (2006). Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain*, 126(1-3), 155-164. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.06.035>

Lang, E. V., Berbaum, K. S., Pauker, S. G., Faintuch, S., Salazar, G. M., Lutgendorf, S., Laser, E., Logan, H. et Spiegel, D. (2008). Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 19(6), 897-905.
<https://doi.org/10.1016/j.jvir.2008.01.027>

Lang, E. et Laser, E. (2011). *Patient sedation without medication*. Anglo American Book Company Limited.

Letts, P. J., Baker, P. R., Ruderman, J. et Kennedy, K. (1993). The use of hypnosis in labor and delivery: A preliminary study. *Journal of Women's Health*, 2(4), 335-341.
<https://doi.org/10.1089/jwh.1993.2.335>

Lovibond, P. F. et Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)

Luiselli, J. K. (Ed.). (2017). *Applied behavior analysis advanced guidebook: A manual for professional practice*. Academic Press.

MacKillop, J., Jay Lynn, S. et Meyer, E. (2004). The impact of stage hypnosis on audience members and participants. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 52(3), 313-329. <https://doi.org/10.1080/0020714049052353>

Madan, A. et Pelling, N. (2015). Hypnosis knowledge, experience, attitudes, and beliefs among South Australian psychologists, counselors, and physiotherapists. *International Journal of Mental Health*, 44(1-2), 11-32. <https://doi.org/10.1080/00207411.2015.1009745>

Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Matthewson, M. et Jones, L. (2016). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009356.pub3>

McAllister, S., Coxon, K., Murrells, T. et Sandall, J. (2017). Healthcare professionals' attitudes, knowledge and self-efficacy levels regarding the use of self-hypnosis in childbirth: A

prospective questionnaire survey. *Midwifery*, 47, 8-14.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.01.017>

McBride, D. M. (2023). *Le processus de recherche en psychologie*. Sage Publications.

McCormack, D. (2010). Hypnosis for hyperemesis gravidarum. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(7), 647-653. <https://doi.org/10.3109/01443615.2010.509825>

Mehl-Madrona, L. E. (2004). Hypnosis to facilitate uncomplicated birth. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(4), 299–312. <https://doi.org/10.1080/00029157.2004.10403614>

Mitchell, M. (2013). Women's use of complementary and alternative medicine in pregnancy: a journey to normal birth. *British Journal of Midwifery*, 21(2), 100-106.
<https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.2.100>

Molina-Peral, J. A., Rodríguez, J. S., Capafons, A. et Mendoza, M. E. (2020). Attitudes toward hypnosis based on source of information and experience with hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 62(3), 282-297.
<https://doi.org/10.1080/00029157.2019.1584741>

Moore, K. et Burrows, G. (2002). Hypnosis in childbirth. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30(1), 35-44.

Ott, J., Aust, S., Nouri, K. et Promberger, R. (2012). An everyday phrase may harm your patients: the influence of negative words on pain during venous blood sampling. *The Clinical Journal of Pain*, 28(4), 324-328. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3182321cc3>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hrobjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, L. A., Whiting, P. et Moher, D. (2020). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2021.105906>

Penazzi, G. et De Pisapia, N. (2022). Direct comparisons between hypnosis and meditation: A mini-review. *Frontiers in Psychology*, 13, 958185. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.958185>

Pirotta, M. V., Farish, S. J., Cohen, M. M. et Kotsirilos, V. (2000). Complementary therapies: have they become accepted in general practice? *Medical Journal of Australia*, 172(3), 105-109.
<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2000.tb127932.x>

Reck, C., Zimmer, K., Dubber, S., Zipser, B., Schlehe, B. et Gawlik, S. (2013). The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome. *Archives of Women's Mental Health*, 16(5), 363–369. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0344-0>

- Rock, N. L., Shipley, T. E. et Campbell, C. (1969). Hypnosis with untrained, nonvolunteer patients in labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 17(1), 25–36. <https://doi.org/10.1080/00207146908407285>
- Rose Wilson, D. et Dillard, D. M. (2012). Use of Hypnosis in the Childbearing Year. *International Journal of Childbirth Education*, 27(3).
- Salehi, A., Fahami, F. et Beigi, M. (2016). The effect of presence of trained husbands beside their wives during childbirth on women's anxiety. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(6), 611. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.197672>
- Schetter, C. D. et Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680>
- Schmierer, A. et Schmierer, G. (2004). Hypnose in der Zahnarztpraxis—eine sichere und schnelle Möglichkeit zum Angstabbau. *DZzH*, 3, 31-51.
- Seemann, M., Zech, N., Graf, B. M. et Hansen, E. (2015). The premedication visit- suggestions for a patient-friendly design. *Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie: AINS*, 50(2), 142-146. <https://doi.org/10.1055/s-0040-100082>
- Semple, A. et Newburn, M. (2011). Research overview: Self-hypnosis for labour and birth. *NCTs Journal on Preparing Parent for Birth and Early Parenthood*. Perspective. <https://www.hypnobabies.com/wp-content/uploads/2015/01/Semple%20Self%20hypnosis%20for%20labour%20and%20birth%20p16-20%20Dec11.pdf>
- Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., Porter, A. C., Tugwell, P., Moher, D. et Bouter, L. M. (2007). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 7(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-10>
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., San Tam, W. W. et Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
- Simic, M., Cnattingius, S., Petersson, G., Sandström, A. et Stephansson, O. (2017). Duration of second stage of labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: Population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1251-6>

- Simkin, P. et Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 489-504. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.07.007>
- Slade, P., Sheen, K., Weeks, A., Wray, S., De Pascalis, L., Lunt, K., Bedwell, C., Thompson, B., Hill, J. et Sharp, H. (2021). Do stress and anxiety in early pregnancy affect the progress of labor: Evidence from the Wirral Child Health and Development Study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 100(7), 1288–1296. <https://doi.org/10.1111/aogs.14063>
- Slater, P. (2015). Post-traumatic stress disorder managed successfully with hypnosis and the rewind technique: two cases in obstetric patients. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 24(3), 272-275. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2015.03.003>
- Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M. et Crowther, C. A. (2006). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003521.pub2>
- Srebnik, N., Barkan, O., Rottenstreich, M., Ioscovich, A., Farkash, R., Rotshenker- Olshinka, K., Samueloff, A. et Grisaru-Granovsky, S. (2020). The impact of epidural analgesia on the mode of delivery in nulliparous women that attain the second stage of labor. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(14), 2451-2458. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1554045>
- Sterne, J. A., Hernán, M. A., Reeves, B. C., Savović, J., Berkman, N. D., Viswanathan, M., Henry, D., Altman, D. G., Ansari, M. T. et Boutron, I. (2016). ROBINS-I: A tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*, 355. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4919>
- Stivanello, E., Rucci, P., Lenzi, J. et Fantini, M. P. (2014). Determinants of cesarean delivery: A classification tree analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-215>
- Szmaglinska, M., Andrew, L., Massey, D. et Kirk, D. (2024). Exploring the underutilized potential of clinical hypnosis: A scoping review of healthcare professionals' perceptions, knowledge, and attitudes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 72(2), 109-138. <https://doi.org/10.1080/00207144.2023.2276451>
- Takahashi, K., Ganchimeg, T., Ota, E., Vogel, J. P., Souza, J. P., Laopaiboon, M., Castro, C. P., Jayaratne, K., Ortiz-Panoso, E. et Lumbiganon, P. (2017). Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: Secondary analysis of the WHO Global Survey. *Scientific Reports*, 7(1), 1–10. <https://doi.org/10.1038/srep44868>

- Thumm, E. B. et Flynn, L. (2018). The five attributes of a supportive midwifery practice climate: a review of the literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(1), 90-103. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12707>
- Tolsgaard, M. G., Tabor, A., Madsen, M. E., Wulff, C. B., Dyre, L., Ringsted, C. et Nørgaard, L. N. (2015). Linking quality of care and training costs: cost-effectiveness in health professions education. *Medical education*, 49(12), 1263-1271. <https://doi.org/10.1111/medu.12882>
- Tracy, S. J. (2019). *Qualitative research methods: Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. John Wiley & Sons.
- Uludağ, E. et Mete, S. (2020). The effect of nursing care provided based on the philosophy of hypnobirthing on fear, pain, duration, satisfaction and cost of labor: A single-blind randomized controlled study: The effect of nursing care on the labor process and cost. *Health Care for Women International*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1835916>
- Val, A. et Míguez, M. C. (2023). Prevalence of antenatal anxiety in European women: a literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1098. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021098>
- Vasra, E. et Murdiningsih, R. D. A. (2020). Modeling of gentle birth and hypnoprenatal integrated antenatal class on birth process in puskesmas and midwives practice, Palembang City. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 14(2), 1437–1441.
- Wagstaff, G. F. (2000). Can hypnosis cause madness? *Contemporary Hypnosis*, 17(3), 97-111. <https://doi.org/10.1002/ch.198>
- Wain, H. J. et Dailey, J. (2010). A dissociative episode following stage hypnosis in a combat-injured soldier: implications, treatment and reflections. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 52(3), 183-188. <https://doi.org/10.1080/00029157.2010.10401718>
- Waisblat, V., Langholz, B., Bernard, F. J., Arnould, M., Benassi, A., Ginsbourger, F., Guillou, N., Hamelin, K., Houssel, P. et Hugot, P. (2017). Impact of a hypnotically-based intervention on pain and fear in women undergoing labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 65(1), 64–85. <https://doi.org/10.1080/00207144.2017.1246876>
- Walker, W. L. (1989). Improvised self-hypnosis for childbirth. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 16, 163-165.
- Wang, H. L., McMillan, S. C., Vijayakumar, N., McDonald, S., Huang, L. T., Gwede, C., Padhya, T., Russell, J., Vondruska, K., Buck, H. G., Huang, Y. et Visovsky, C. (2019). A behavioral physical activity intervention to manage moderate and severe fatigue among head and

neck cancer patients—pre-efficacy study in the National Institutes of Health ORBIT model. *Cancer Nursing*, 42(1), E1-E14. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000568>

Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R. et Nohr, E. A. (2013a). Effect of self-hypnosis on duration of labor and maternal and neonatal outcomes: A randomized controlled trial. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 92(7), 816–823. <https://doi.org/10.1111/aogs.12141>

Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., Rosen, G. et Nohr, E. (2012). Self-hypnosis for coping with labour pain: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(3), 346–353. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12087>

Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., Wu, C. S. et Nohr, E. A. (2013b). Antenatal hypnosis training and childbirth experience: A randomized controlled trial. *Birth*, 40(4), 272–280. <https://doi.org/10.1111/birt.12071>

Werner, A., Wu, C., Zachariae, R., Nohr, E. A., Uldbjerg, N. et Hansen, Å. M. (2020). Effects of antenatal hypnosis on maternal salivary cortisol during childbirth and six weeks postpartum—A randomized controlled trial. *PLoS One*, 15(5), e0230704. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230704>

Witt, W. P., Wisk, L. E., Cheng, E. R., Mandell, K., Chatterjee, D., Wakeel, F., Godecker, A. L. et Zarak, D. (2015). Determinants of cesarean delivery in the US: A life course approach. *Maternal and Child Health Journal*, 19(1), 84–93. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1498-8>

Woody, R. H. (1965). Teaching hypnosis with video tapes. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8(2), 111-113. <https://doi.org/10.1080/00029157.1965.10402473>

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive birth experience*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>

Zakowski, M. (2002). Complications associated with regional anesthesia in the obstetric patient. *Seminars in Perinatology*, 26(2), 154-168. <https://doi.org/10.1053/sper.2002.32206>