

Prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement : Dans quel contexte l'hypnose est- elle efficace, pour qui et comment ?

Synthèse des données de la littérature, forces, limites et
enjeux de l'évaluation

Dr Juliette Gueguen
Inserm U669-ED420

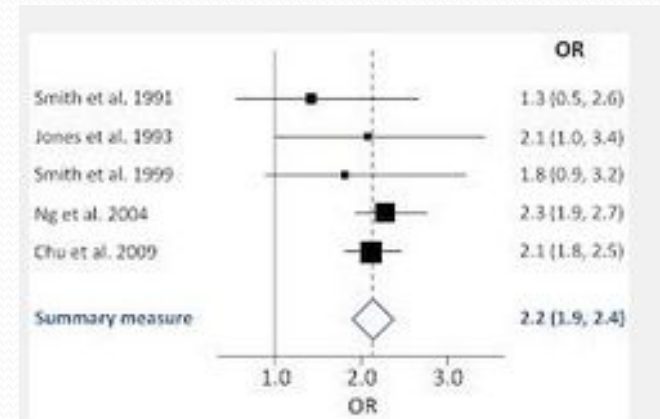
Revue de la littérature sur l'hypnose utilisée pour le travail et l'accouchement

Méthodes mixtes :

- Méta-analyses : Méthodologie d'analyse quantitative
- Synthèse narrative : Méthodologie d'analyse qualitative

La méta-analyse

- Démarche statistique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné
- Synthèse
 - Exhaustive
 - Rigoureuse et reproductible
 - quantifiée
- Repose essentiellement sur des essais contrôlés randomisés
- Limites
 - Répercussion des biais des essais
 - Risque de biais de publication



Synthèse narrative

- « *On ne cherche pas uniquement à savoir si une intervention marche, mais on cherche à comprendre comment une intervention marche, dans quelle population (ou sous population), dans quelles circonstances et dans quel contexte* » (Petticrew, Rehfuess et al.)
 - Sources de données mixtes :
 - A partir d'études quantitatives **et** qualitatives
 - Allers et retours entre les étapes suivantes : Développer une théorie, développer une synthèse préliminaire, explorer les relations au sein et entre les études, évaluer la robustesse de la synthèse
- Popay 2006 : Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews

Sélection des études

- Etudes quantitatives :
 - Essais contrôlés randomisés ou quasi-randomisés avec une intervention de préparation à l'accouchement utilisant l'hypnose ou d'hypnose pendant le travail
 - Avec au moins un outcome caractérisant le travail/l'accouchement (douleur, durée, expérience subjective...)
 - Avec comme groupe contrôle une autre intervention ou une absence d'intervention
- Etudes qualitatives sur le vécu des femmes ayant eu recours à l'hypnose pour le travail et/ou l'accouchement

Algorithme de recherche

Etudes quantitatives : Pubmed et Cochrane

Etudes qualitatives : Pubmed, CINAHL, PsycINFO, SSCI, Embase

Etudes incluses

- 4 études qualitatives (+ 1 en attente des résultats)

Ref	N	Approche	Interventions	Pays
Mitchell 2013	14 (4)	Approche narrative	Toutes TNC dont hypnose- Hypnobirthing	UK
Isbir 2013	1	Autoethnographie	Hypnobirthing	Turquie
Abbasi 2009	6	Approche phénoménologique	Auto hypnose – séances individuelles + présence hypnothérapeute pendant le travail et l'accouchement	Iran
Jackson 2003	5	<i>Etudes de cas</i>	Hypnobirthing	Australie
(Downe 2014	16		Auto-hypnose - 2 séances collectives à 32 et 35 SA	UK)

Etudes incluses (suite)

- 8 essais contrôlés randomisés (+ 1 en attente des résultats)

Ref	N	Intervention	Outcome principal
Cyna 2012	448	Antenatal hypnosis	Use of pharmacological analgesia
Fisher 2009	38	Hypnobirthing	Intrapartum coping skills
Freeman 1986	65	Individual antenatal hypnosis	Use of pharmacological analgesia
Harmon 1990	60	Antenatal hypnosis	Use of pharmacological analgesia
Martin 2001	42	Individual antenatal hypnosis	Complicated deliveries
Mehl-Maradona 2004	520	Individual antenatal hypnosis	Complicated deliveries
Rock 1969	40	Hypnosis during labour	Use of pharmacological analgesia
Werner 2013	1222	Antenatal hypnosis	Use of epidural
(Downe 2014)	680	Antenatal hypnosis	Use of epidural)

Revue Cochrane
Madden 2012

Qualité – études quali (outil CASP)

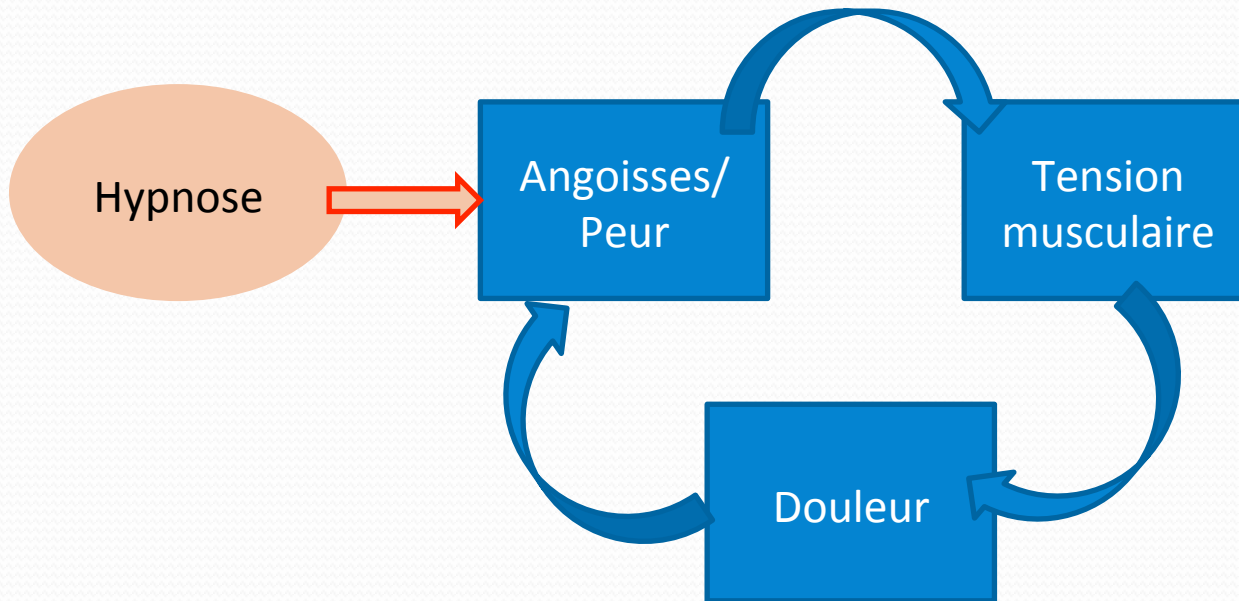
Study ref	Aims	Method	Research design	Sampling	Data collection	Reflexivity	Ethical issues	Data Analysis	Findings	Value of research
Mitchell 2013	Y	Y	Y	Y	Y	P	Y	Y	Y	Y
Isbir 2013	Y	Y	P	Y	Y	P	-	P	P	P
Abbasi 2009	Y	Y	P	P	P	N	P	P	P	P
Jackson 2003	P	Y	N	N	N	N	N	N	P	P
Downe 2014										

Qualité- ECR

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants (objective outcomes)	Blinding of participants (subjective outcomes)	Blinding of personnel	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Cyna	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Downe 2014									
Fisher 2009									+
Freeman 1986							-		
Harmon 1990	-	-	+			+	+	+	
Martin 2001			+		+		+	+	+
Mehl-Madrone 2004	+					+	-	-	
Rock 1969	-	-	+		-		+		
Werner	+	+	+	-	+	+	+	+	+

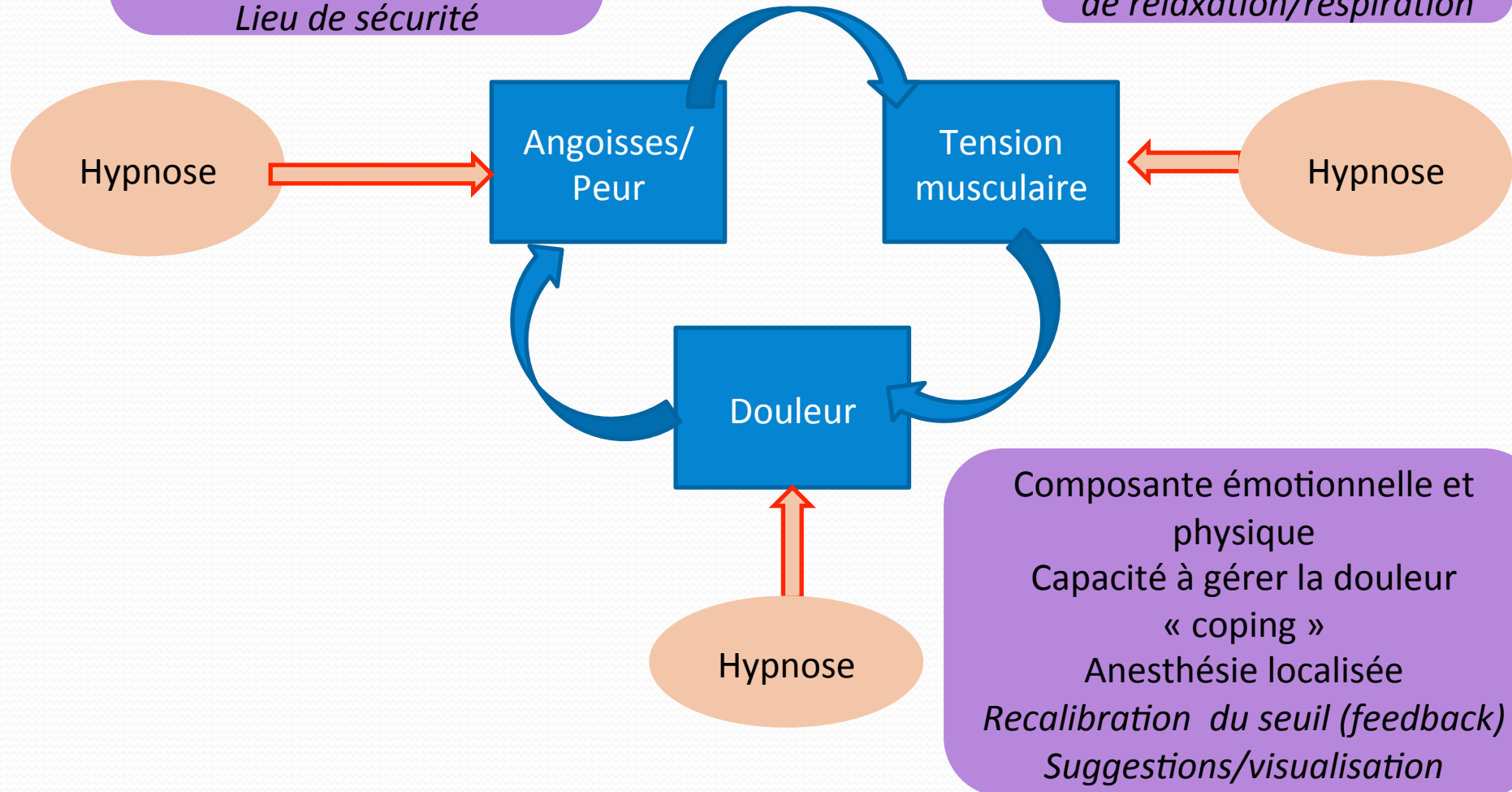
Modèle Théorique

- Fear-Tension-Pain syndrome (Dick-Read 1947)



« reconceptualisation »
Confiance en ses capacités
Sens du contrôle
Attentes positives
Suggestions, visualisations
Lieu de sécurité

Relaxation
Suggestions, Techniques
de relaxation/respiration



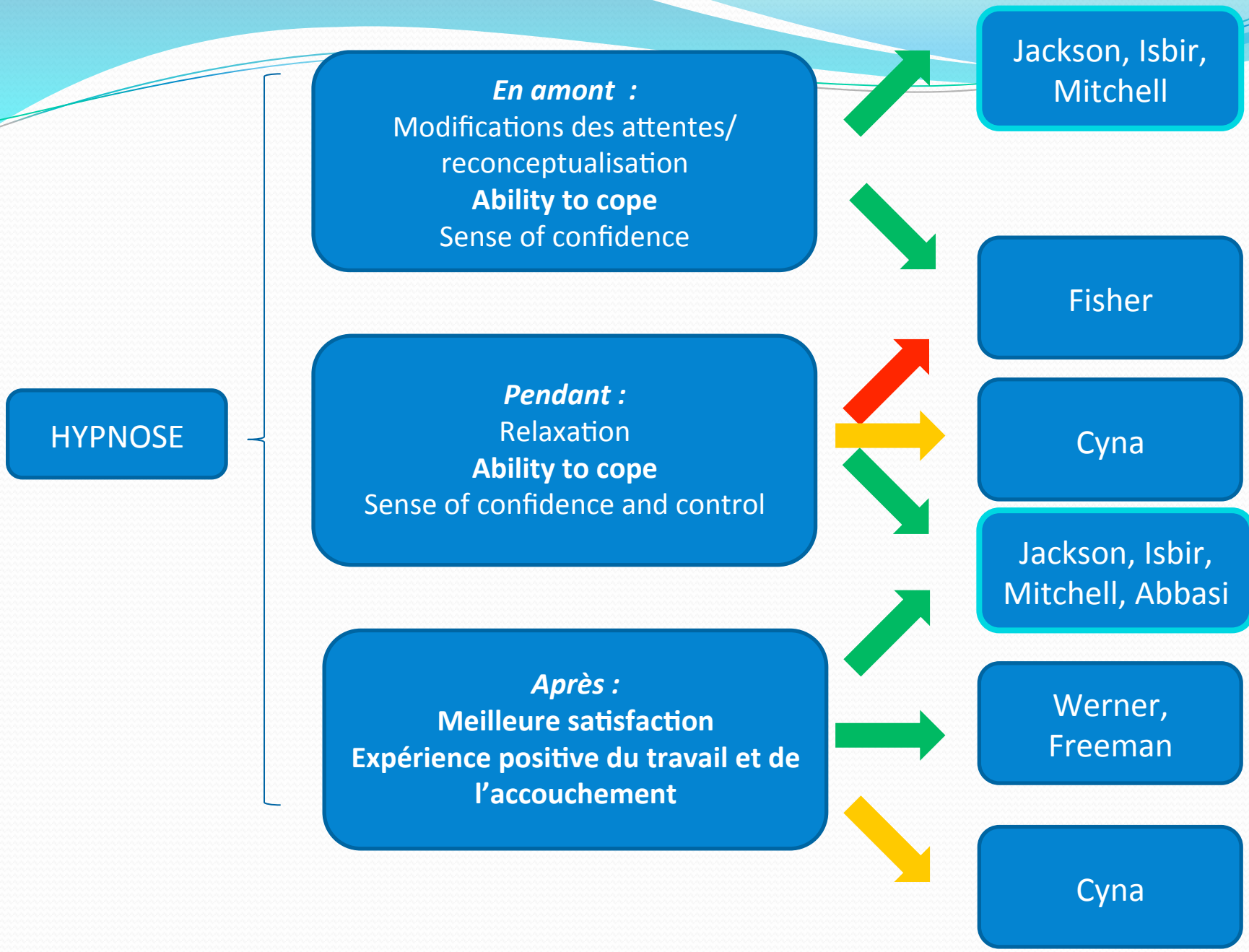
Résultats-Etudes qualitatives

Principaux résultats : l'hypnose permettrait de

- Développer la confiance en ses capacités, sens de contrôle accru
- Réduire les peurs, diminuer l'anxiété
- Se relaxer
- Contribuer à rendre l'expérience positive

Autres résultats

- Changer ses croyances
- Diminuer la douleur (la changer en pression)
- Rester concentré
- Être créatif
- Capacité à communiquer avec l'équipe médicale
- Importance du soutien social, médical et du conjoint



Résultats-Etudes quantitatives

Une forte hétérogénéité

- Hétérogénéité des interventions
 - Techniques utilisées
 - Individuel/groupe
 - Nombre de séances
- Hétérogénéité des populations
 - Nullipare/multipare
 - Age
 - Trimestre de gestation
- Hétérogénéité des outcomes
 - Analgésie médicamenteuse/anesthésie pendant le travail et l'accouchement (n=7)
 - Naissance par voie basse spontanée (n=7)
 - Naissance instrumentale (n=7)
 - Péridurale (n=6)
 - Intensité douloureuse (n=5)
 - Césarienne (n=5)
 - Durée du travail (n=5)
 - Score Apgar <7 à 5 minutes (n=5)
 - Ocytocine (n=5)
 - Symptômes de dépression post partum (n=4)
 - Induction du travail (n=4)
 - Admission USI néonate (n=3)
 - Satisfaction/ expérience de l'accouchement (n=3)
 - Allaitement (n=2)
 - Hémorragie du postpartum (n=2)
 - Gérer le travail « sense of coping » (n=2)
 - Satisfaction/soulagement de la douleur (n=1)
 - Transfusion sanguine (n=1)
 - Durée d'hospitalisation des mères (n=1)

Résultats sur l'outcome principal en fonction des caractéristiques de l'intervention, de la population et du contexte

	Intervention								Population				Setting	Result on the primary outcome	Global quality assessment
	1 to 1 sessions	Group sessions	Multiple antenatal sessions	Reinforcement with Audio-recording at home	Feedback (ischemic pain task)	Rehearsal for labor	Hypnotheapist during labor	Auto-hypnosis	Pregnancy stage at introduction	Companion participation	Multiparous women	Other specific characteristics			
Review		✓	✓ (n=2)	✓		✓		✓	32 weeks	✓	✓		Multicentric (3 sites)		
(Werner, Uldbjerg et al.; Werner, Uldbjerg et al.)		✓	✓ (n=3)	✓		✓		✓	27-30 week		✓		University hospital (5000 deliveries per year)	No between group difference in the use of epidural analgesia (31.2% vs 29.8% in the relaxation group vs 30.0% in the control group)	+
(Cyna, Crowther et al.)		✓	✓ (n=3)	✓		✓		✓	34-39 weeks (mean = 35.1, sd = 1.4)				Tertiary referral centre for maternity care	No between group difference in the use of pharmacological analgesia during labour and childbirth (81.2% in the hypnosis/CD group vs 76.9% in the CD only group vs 76.2% in the control group)	+
(Mehl-Madrone 2004)	✓		✓ (n>=4)					✓	1 st or 2 nd trimester				Multicentric study	Having hypnosis was statistically significantly associated with having fewer complicated deliveries (20.4% vs 38.8%; p<0.001)	±
(Martin, Schauble et al. 2001)	✓		✓ (n=4)					✓	<24 weeks			<=18 years old	County public health department	Having hypnosis was statistically significantly associated with having fewer complicated deliveries, surgical interventions and hospital stay > 2 days.	±
(Harmon, Hynan et al. 1990)		✓	✓ (n=6)	✓	✓	✓		✓	End of 2 nd trimester		✓		1 obstetrical private practice affiliated with 1 hospital	Pain (McGill Pain Questionnaire) : significant multivariate main effect of treatment on MPQ ratings (p<0.01) (+significant multivariate main effect of susceptibility on MPQ ratings (p<0.001))	±
(Fisher, Esplin et al. 2009)		✓	✓					✓						After delivery, hypnobirthing group recalled poorer intrapartum coping skills than conventional childbirth classes group. (p=0.02)	?
(Freeman, Macaulay et al. 1986)	✓		✓ (n>=4)					✓	>=32 weeks of gestation		✓			No between group differences in the use of epidural analgesia. Trend for labour to be more satisfying in the hypnosis group (52% of women very satisfied vs 23% in the control group, p=0.08)	?
(Rock, Shipley et al. 1969)	✓						✓		In labour				2 Ward labor rooms, each with 3 beds.	Hypnotized patients required less medication than the control group (62% vs 94%)	-

	Intervention							
	1 to 1 sessions	Group sessions	Multiple antenatal sessions	Reinforcement with Audio-recording at home	Feedback (ischemic pain task)	Rehearsal for labor	Hypnotic tape/during labor	Auto-hypnosis
Downe		✓	✓ (n=2)	✓		✓		✓
(Werner, Uldbjerg et al.; Werner, Uldbjerg et al.)		✓	✓ (n=3)	✓		✓		✓
(Cyna, Crowther et al.)		✓	✓ (n=3)	✓		✓		✓
(Mehl-Madrona 2004)	✓		✓ (n>=4)					✓
(Martin, Schauble et al. 2001)	✓		✓ (n=4)					✓
(Harmon, Hynan et al. 1990)		✓	✓ (n=6)	✓	✓	✓		✓
(Fisher, Esplin et al. 2009)		✓	✓					✓
(Freeman, Macaulay et al. 1986)	✓		✓ (n>=4)					✓
(Rock, Shipley et al. 1969)	✓						✓	

Résultats- Etudes quantitatives

- Résultats positifs
 - Nombre de sessions + élevé
 - Début + précoce (1^{er} ou 2^{ème} trimestre)
 - Sessions individuelles
 - Rôle du contexte ?
 - Rôle de la parité?
 - Rôle de la présence d'un hypnothérapeute pendant l'accouchement?
 - Outcome différent (accouchements compliqués)

Méta-analyses-Principaux résultats de la revue Cochrane (7 essais)

- **Versus tout type de contrôle**

- pas de différence significative de l'hypnose ni sur le taux de satisfaction ni sur le taux de naissances par voie basse spontanées.
- tendance (non significative) à une moindre utilisation de médicaments antalgiques ($p=0,06$, RR 0,63 IC95[0,39-1,01], 6 études, 1032 femmes).

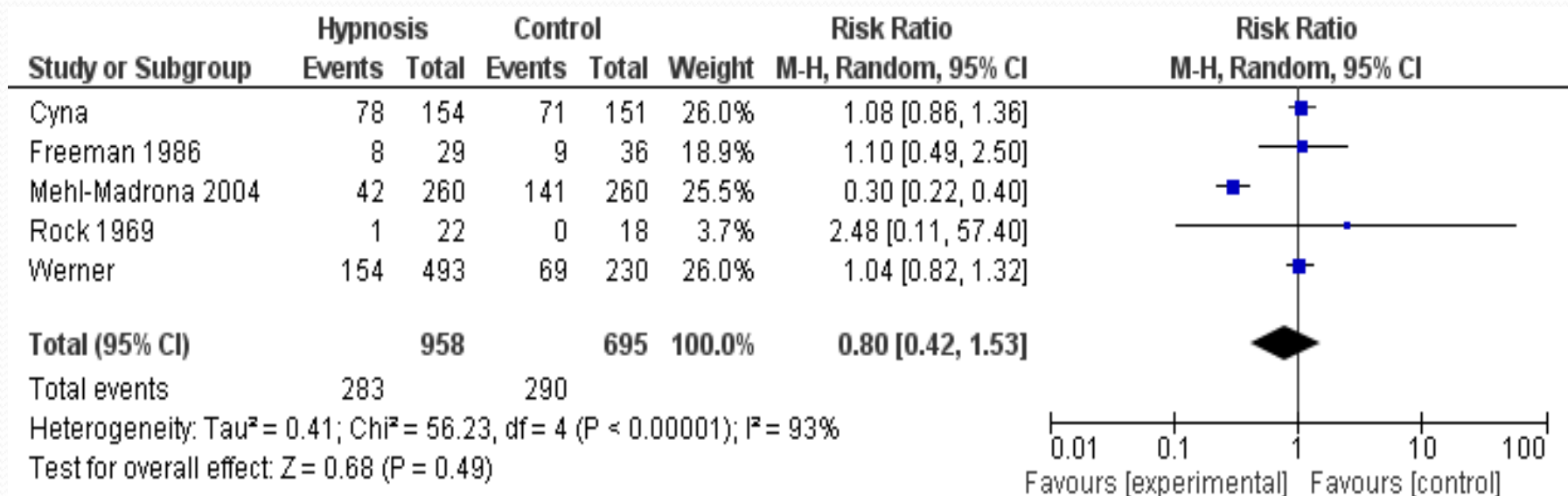
- **Analyses en sous groupes :**

- moins de recours à des méthodes antalgiques pharmacologiques lorsque l'hypnose était débutée au **1^{er} ou 2nd trimestre** de la grossesse,
- taux de naissances spontanées par voie basse plus élevé lorsque l'hypnose était débutée au **2nd trimestre**.
- moindre recours aux antalgiques, et taux de naissances spontanées par voie basse plus élevé lorsque **4 sessions d'hypnose ou plus** étaient proposées
- NS pour les sous groupes renforcement par audioCD/ susceptibilité hypnotique, parité, mode en groupe/individuel

Méta-analyses complémentaires (8 essais)

- Pas de modification des résultats de la Revue Cochrane
(outcomes : péridurale, naissance par voie basse spontanée, instrumentale, césarienne, induction, Apgar)

Self Hypnosis or hypnotherapy versus control, Outcome Use of epidural/neuroaxial block



Méta-analyses complémentaires (suite)

- Expérience de l'accouchement : différentes mesures --> pas de méta-analyse possible
 - Werner : score au W-DEB Q significativement inférieur dans le groupe hypnose par rapport au groupe relaxation et au groupe traitement standard (42.9 (23.7) vs 47.2 (25.0) et 47.5 (22.7) ; $p=0.01$)

*Wijmas Delivery Expectancy/Experience Questionnaire
Score total de 0 à 165*
 - Freeman : 52% « très satisfaites » (EA entre 8 et 10) dans le groupe hypnoses vs 23% dans le groupe contrôle

Dans quel contexte l'hypnose est-elle efficace, pour qui et comment ?

Synthèse

- Dans quel contexte?
 - ≥ 4 sessions
 - Instauration précoce de l'hypnose (au 1^{er} ou 2^{ème} trimestre)
 - *Préparation individuelle*
 - *Hôpital local/cabinet privé*
 - *Présence d'un hypnothérapeute pendant l'accouchement*
 - *Soutien social, de l'équipe et du conjoint*
- Pour qui?
 - *Rôle de la parité? (multipares > nullipares ?)*

Dans quel contexte l'hypnose est-elle efficace, pour qui et comment ?

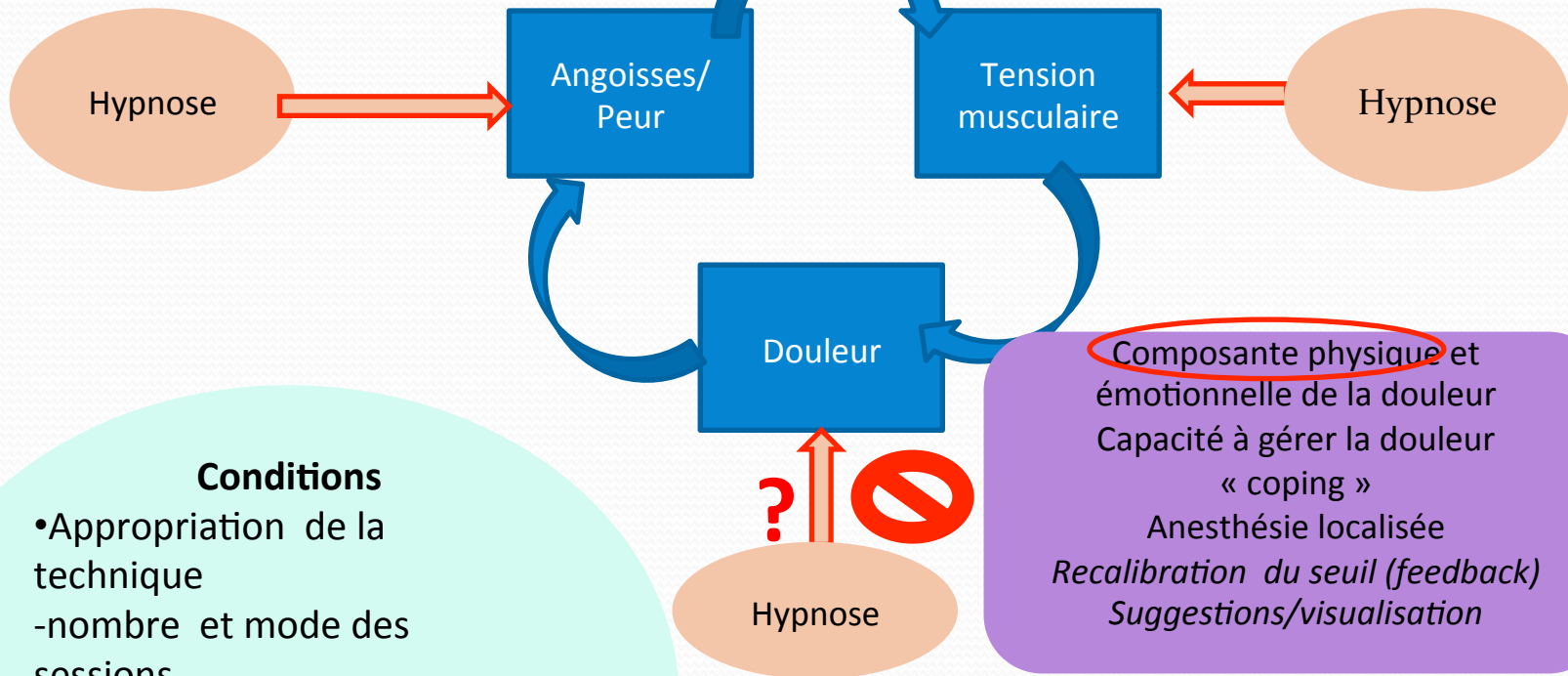
Synthèse (suite)

- Comment?

- Moindre recours à des méthodes antalgiques
 - Moindre taux d'accouchements compliqués
 - *Moindre taux d'accouchements compliqués*
 - *Expérience positive de l'accouchement*
 - *Diminution de l'anxiété, augmentation de la relaxation*
 - *Plus grande confiance, plus grand contrôle*
- Uniquement pour certains sous-groupes

« reconceptualisation »
Confiance en ses capacités
Sens du contrôle
Attentes positives
Suggestions, visualisations
Lieu de sécurité

Relaxation
*Suggestions, Techniques de
relaxation/respiration*



Composante physique et
émotionnelle de la douleur
Capacité à gérer la douleur
« coping »
Anesthésie localisée
Recalibration du seuil (feedback)
Suggestions/visualisation

Conditions

- Appropriation de la technique
- nombre et mode des sessions
- période de mise en place
- parité
- renforcement, feedback?
- support : du conjoint et des professionnels

Contribue à

- Expérience positive de l'accouchement
- Satisfaction
- Diminution des accouchements compliqués?

Limites

- Liées à la qualité initiale des études incluses
- Liées à l'hétérogénéité des interventions
- Subjectivité / interprétation(synthèse narrative)

Forces

- Etudes quantitatives et qualitatives
- Méthodes mixtes complémentaires
- Approche et compréhension plus large du phénomène étudié

Enjeux de l'évaluation

Mise en perspective des études qualitatives et quantitatives

- Des interventions sensiblement différentes dans les études quali et les ECRs
- Un fossé entre les thématiques majeures des études quali et les critères de jugement des ECRs
 - *Utiliser les études qualitatives pour préciser le meilleur modèle d'intervention et les critères de jugement les + pertinents?*

Enjeux de l'évaluation-suite

- Quelle pertinence des critères de jugement liés à la douleur utilisés dans les ECR?
 - **Intensité douloureuse – composante physique (n=5)**
 - *Quelle pertinence? Est-ce un objectif?*
 - *Quelle validité de la mesure? (Recalibration, Nullipare vs multipare...)*
 - **Intensité douloureuse – composante émotionnelle**

2 voies différentes. Possibilité de percevoir une même intensité physique avec un caractère désagréable variable (Rainville 1997)

→ + pertinent?

 - *Quel outil?*
 - **La consommation médicamenteuse (n=7)**
 - *Reflet de la composante physique et/ou émotionnelle? → Quelle pertinence?*

Perspectives

Pour la pratique :

- Pas de conclusion formelle, mais des pistes
- De probables « facteurs de réussite » : nombre minimum de séances, début précoce, *support du conjoint, sessions individuelles, présence continue pendant le travail/l'accouchement?*
- Un possible effet positif sur le vécu des femmes, l'expérience de l'accouchement?

Pour la recherche :

- Utiliser les études qualitatives en amont, pour préciser le modèle d'intervention le plus susceptible de succès, et les critères de jugement les plus pertinents?
- De nouveaux essais avec un critère de jugement principal différent? (expérience de l'accouchement? Naissances spontanées par voie basse?)



Merci pour votre attention