

Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose

Juliette Gueguen

Caroline Barry

Christine Hassler

Bruno Falissard

Avec l'expertise critique d'Arnaud Fauconnier et Elisabeth Fournier-Charrière

Juin 2015

Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose

Revue de la littérature médicale scientifique et de la littérature destinée aux professionnels

L'hypnose est une technique ancienne, utilisée pour le soin dans les sociétés occidentales depuis au moins 200 ans. Par la parole, le praticien en hypnose induit chez le patient un état de conscience particulier caractérisé par une indifférence à l'extérieur et une hyper suggestibilité. Cet état de conscience « hypnotique » peut être utilisé pour amplifier les ressources internes du patient de lutte contre l'anxiété et la douleur et faire disparaître des symptômes. La pratique psychothérapeutique de l'hypnose donne une importance majeure à la notion de présence, à laquelle le patient accède par le biais de ses perceptions sensorielles.

L'hypnose recouvre en effet un ensemble de pratiques sensiblement différentes : hypnosédation (à visée sédative, utilisée en anesthésie), hypnoanalgésie (contre la douleur) et hypnothérapie (à visée psychothérapeutique). Il en est de même des formations à l'hypnose en France : elles sont hétérogènes. Il existe une douzaine de formations universitaires, à ce jour non reconnues par l'Ordre des médecins. Il existe également de nombreuses formations associatives et privées. Certaines sont réservées aux professions médicales et/ou aux professions de santé, et d'autres sont accessibles à un public plus large. Le statut d'hypnothérapeute, non réglementé, concerne ainsi des praticiens aux qualifications forts différentes.

Les mécanismes physiologiques à l'œuvre dans l'hypnose ont été et sont encore régulièrement étudiés. Les résultats issus de ces études ont permis d'objectiver des modifications du fonctionnement cérébral en lien avec la transe hypnotique, mais ils ne permettent pas encore d'expliquer complètement le phénomène.

L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, technique de désensibilisation et retraitement par mouvements oculaires) est une pratique beaucoup plus récente (fin des années 1980). Elle intègre certains éléments issus de l'hypnose et d'autres approches psychothérapeutiques. Cette thérapie brève, basée sur le modèle du traitement adaptatif de l'Information, est notamment utilisée dans la prise en charge du syndrome de stress post traumatique. Les formations initiales et continues sont contrôlées et homogénéisées au niveau national et européen pour obtenir le titre de « Praticien EMDR Europe » (ou sa réaccréditation).

Il existe une vingtaine d'études cliniques (incluant plus de 100 sujets) et/ou revues de la littérature réalisées par la fondation Cochrane qui ont eu pour but d'évaluer l'efficacité de l'hypnose dans certaines de ses indications : hypnosédation, hypnoanalgésie (accouchement, intervention

chirurgicale, etc.), pathologies fonctionnelles (colopathie, bouffées de chaleur, etc.), psychiatriques (addictions, stress post traumatique). Certaines de ces études ont de réelles qualités méthodologiques. Les résultats sont variables ; il existe néanmoins suffisamment d'éléments pour pouvoir affirmer que l'hypnose a un intérêt thérapeutique potentiel, en particulier en anesthésie per-opératoire ou dans la colopathie fonctionnelle (colon irritable). Les données actuelles sont insuffisantes voir décevantes dans d'autres indications comme le sevrage tabagique ou la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement. Des études qualitatives conduisent cependant à relativiser la portée de ces conclusions : les bénéfices de l'hypnose tels que formulés par les patients ont du mal à être traduits en termes numériques à l'aide des instruments cliniques habituellement utilisés dans les études. Par exemple, dans le traitement de la douleur, c'est l'impact émotionnel de la douleur qui serait réduit par l'hypnose plus que l'intensité de la douleur elle-même.

Concernant l'EMDR et la prise en charge du syndrome de stress post traumatique (SSPT), il existe deux revues Cochrane, qui confirment que l'EMDR est efficace dans la prise en charge du SSPT chez l'adulte mais ces revues ne permettent pas de conclure chez l'enfant et l'adolescent.

En ce qui concerne la sécurité de l'hypnose et de l'EMDR, les études sont rassurantes. Il faut toutefois être vigilant sur les dérives éthiques que les techniques de suggestions peuvent entraîner. Comme dans de nombreuses autres techniques de soins non conventionnels, une réglementation des pratiques serait ainsi souhaitable.

Bien entendu, les études visant à évaluer l'effet clinique de l'hypnose obligent à repenser les standards méthodologiques classiques. Certes il est possible et utile de réaliser des études comparatives randomisées. Mais on se rend compte que des études qualitatives bien menées sont tout autant indispensables pour déterminer ce que les patients ont vécu subjectivement lors de ces prises en charges. Ce point de vue subjectif est essentiel compte tenu des cibles thérapeutiques de l'hypnose. Ces études qualitatives sont par ailleurs indispensables quand il s'agit de choisir le ou les critères d'efficacité utilisés dans les essais thérapeutiques randomisés. Sinon, une étude négative laissera toujours planer le doute que le « véritable » intérêt de l'hypnose a été manqué. Le choix du groupe contrôle à inclure dans ces essais est lui aussi délicat. Faut-il recourir à un « placebo » d'hypnose ? Tout dépend de l'objectif recherché. S'il s'agit de montrer l'utilité clinique de l'hypnose alors non, un groupe contrôle de soin courant sera suffisant. S'il s'agit de rechercher les composantes du soin hypnotique qui sont les plus efficaces alors oui, il sera utile de proposer à un groupe de patients une version amoindrie du soin hypnotique.

On le voit, l'évaluation de l'hypnose en médecine soulève de nombreuses questions. Mais la chose est possible et l'on doit se féliciter de voir que de plus en plus d'études sont engagées dans ce domaine, y compris en France.

ABREVIATIONS

APHM : Assistance publique – Hôpitaux de Marseille

APHP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris

CCAM : classification commune des actes médicaux

CH : centre hospitalier

CHR : centre hospitalier régional

CHU : centre hospitalier universitaire

CMP : centre médico psychologique

CMPP : centre médico psycho-pédagogique

CNOM : conseil national de l'Ordre des médecins

DPC : développement professionnel continu

DU : diplôme universitaire

DIU : diplôme inter-universitaire

ECR : essai contrôlé randomisé

EMDR : Désensibilisation et Retraitement par les mouvements oculaires (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

EN : Echelle numérique

EPHAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FC : Fréquence cardiaque

IC : Intervalle de confiance

IME : Institut médico-éducatif

IRM : imagerie par résonance magnétique

ITT : intention de traiter (Intention To Treat)

NS : Non Significatif

MD : Différence moyenne (Mean Difference)

MT/MC : Médecine traditionnelle / Médecines complémentaires

PP : Per Protocol

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCT : Essai clinique contrôlé randomisé (Randomized Controlled Trial)

SMD : Différence moyenne standardisée (Standardised Mean Difference)

SSPT : Syndrome de stress post traumatique

TA : Tension artérielle

SOMMAIRE

Sommaire	5
Généralités sur l'hypnose et l'EMDR	7
Définitions	7
Statut de l'Hypnose en France.....	13
Formations.....	13
Démographie	18
Associations Françaises	23
Fondements et caractéristiques de l'Hypnose et de l'EMDR	25
Indications	31
Techniques utilisées	33
Recommandations.....	39
Recherche	41
Glossaire	46
Revue de la littérature scientifique sur les données d'efficacité.....	48
Méthodologie	48
Description de la littérature scientifique identifiée	54
Santé des femmes	57
Troubles digestifs.....	70
Chirurgie/ Médecine ou Radiologie Interventionnelle	82
Psychiatrie et addictologie	105
Soins dentaires	120
Sécurité de l'Hypnose	129
Introduction.....	129
Matériel et méthodes.....	129
Résultats	130
Synthèse générale et Discussion	138
Bibliographie	144
Liste des articles décrivant des essais ou revues inclus/es.....	144
Bibliographie.....	146

ANNEXES	151
Bibliographie complémentaire transmise par les hypnothérapeutes/praticiens EMDR.....	151
Annexes relatives à l'EMDR	158
Résumé détaillé des Revues Cochrane évaluant l'hypnose ou l'EMDR.....	161
Rapport des experts	193
Conclusion	205
Droit de réponse	207

Nous allons lire dans les pages qui suivent une synthèse des informations relatives à l'efficacité et à la sécurité de l'hypnose. Ce rapport inclut également des informations relatives à l'efficacité de l'EMDR¹ dans la prise en charge du syndrome de stress post-traumatique. Ces informations seront tirées soit de la littérature médicale scientifique nationale et internationale soit de la littérature spécialisée destinée aux professionnels. Ce corpus sera ensuite analysé et critiqué par deux experts spécialisés dans l'évaluation des thérapies. Le document se terminera par une conclusion.

GENERALITES SUR L'HYPNOSE ET L'EMDR

L'hypnose est une pratique qui s'est développée dans le milieu médical depuis le 18^{ème} siècle, mais l'utilisation de l'état hypnotique est par contre beaucoup plus ancienne, et ce dans toutes les cultures.

L'hypnose entraîne chez le sujet un état modifié de conscience, avec de multiples applications cliniques. Ainsi, elle peut être utilisée à différentes visées, notamment antalgique, sédative, et psychothérapeutique.

L'EMDR (technique de désensibilisation et retraitement par mouvements oculaires) est une pratique beaucoup plus récente : découverte fortuitement en 1987, elle a été développée par la psychologue californienne Francine Shapiro. Elle est utilisée à visée psychothérapeutique, particulièrement dans la prise en charge du syndrome de stress post traumatique.

DEFINITIONS

Hypnose :

Etymologiquement, hypnose vient du grec hypno « le sommeil ». Cependant, l'état hypnotique se caractérise par un état différent du sommeil et de l'état de veille.

- **L'état hypnotique :** état modifié de conscience, ni un état de vigilance, ni un état de sommeil.

¹ (Eye movement desensibilization and reprocessing ou technique de désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)

Selon Pavlov, il s'agit d'un état intermédiaire entre la veille et le sommeil.

Selon Bernheim, il s'agit d'un état psychique particulier susceptible d'être provoqué et qui augmente à des degrés divers la suggestibilité.

Selon Mason, « l'hypnose est un état temporaire d'attention modifiée dont la caractéristique est une suggestibilité accrue ».

Selon Erickson, l'état d'hypnose « est un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient » et « est un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages ».

L'association américaine de psychologie (APA) définit l'hypnose comme "A state of consciousness involving focused attention and reduced peripheral awareness characterized by an enhanced capacity for response to suggestion." (Elkins, Barabasz et al.) que l'on peut traduire par "un état de conscience impliquant une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement, caractérisé par une capacité accrue de réponse à la suggestion." (Haag, Vinot-Coubetergues et al. 2014)

- **Le processus hypnotique :** processus permettant de passer de l'état d'éveil à l'état hypnotique.

« L'hypnose est définie comme un processus relationnel accompagné d'une succession de phénomènes physiologiques tels qu'une modification du tonus musculaire, une réduction des perceptions sensorielles (dissociation), une focalisation de l'attention dans le but de mettre en relation un individu avec la totalité de son existence et d'en obtenir des changements physiologiques, des changements de comportements et de pensées», définition retenue par l'AFEHM (Sichere 2007).

« L'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi. Cette définition implique que la pratique de l'hypnose recouvre deux dimensions : à la fois un état de conscience modifiée que l'on nomme état hypnotique mais aussi une relation singulière. L'état hypnotique a été caractérisé à la fois par les neurosciences (imagerie cérébrale) et par la psychologie (théorie de la dissociation psychique). Quant à la dimension de la

relation elle renvoie à une communication thérapeutique telle que l'a développée par exemple Erickson et à une dimension intersubjective particulièrement étudiée par les hypnoanalystes.» (Antoine Bioy, responsable scientifique de l'IFH)

Plusieurs techniques peuvent être utilisées (cf. paragraphe [techniques utilisées](#)).

Différents types d'hypnose :

On peut distinguer l'hypnoalgésie (hypnose utilisée à visée antalgique) et l'hypnosédation (hypnose utilisée à visée sédative) de l'hypnothérapie (usage psychothérapeutique de l'hypnose).

- **L'hypnoalgésie** : fait référence à l'utilisation de l'hypnose comme méthode antalgique.
- **L'hypnosédation** : a été développée par Marie-Elisabeth Faymonville, professeur au CHU de Liège, à la fin des années 90. L'hypnosédation a pour but d'amplifier les ressources d'anxiolyse et d'algésie chez les patients. Elle combine hypnose et sédation consciente intraveineuse.

En hypnoalgésie et en hypnosédation, certains auteurs distinguent plusieurs états de conscience : la conscience hypnotique et la conscience critique. Le processus hypnotique permet alors de passer de la conscience critique à la conscience hypnotique

La conscience critique : elle permet de capter les informations venant à la fois du monde extérieur, via les organes des sens, et du monde intérieur. C'est « la modalité qui nous permet de comprendre ce qui se passe, (...) d'intégrer des informations et de les relier à ce qui nous est déjà connu » (Virot and Bernard 2010).

La conscience hypnotique : il s'agit d'un état « d'indifférence à l'extérieur », avec perte de l'esprit critique, hyper suggestibilité, perte des fonctions réflexes et lâcher-prise. (Communication des Dr Roelants et Watremez, atelier d'initiation hypnose et algésie, Congrès Hypnose et Douleur, La Rochelle 2014)

Il s'opère un état d'équilibre entre les deux types de conscience, et certains facteurs tels que l'ennui (la monotonie), la saturation, la confusion, ou encore des facteurs émotionnels (stress, bonheur) peuvent faire évoluer le curseur vers la conscience hypnotique.

Selon que l'état hypnotique est spontané ou provoqué on parlera de transe naturelle ou d'hypnose. La transe est « la focalisation et la fixation de l'attention pendant un certain temps » (Virot and Bernard 2010). Lorsqu'elle est provoquée, il y a la présence d'un tiers qui induit la transe, accompagne le patient puis le ramène à la conscience critique. Cette transe provoquée peut être plus intense et plus stable que la transe spontanée.

La transe spontanée peut être négative, avec « focalisation et fixation de l'attention sur des émotions dites négatives (telles que la douleur, la peur, la tristesse, la colère, la honte...) » ou positive, lorsqu'« elle contribue au bien-être et à l'évolution du sujet » (Virot and Bernard 2010).

Le Dr JM Benhaiem (directeur du D.U Hypnose de Paris VI) propose une définition de l'hypnose en plusieurs étapes, avec une première étape correspondant à l'hypnose utilisée à visée analgésique ou à visée sédatrice, et une seconde étape correspondant à l'hypnose utilisée à visée psychothérapeutique :

« L'hypnose est un processus en plusieurs étapes : pour passer de la maîtrise à la non-maîtrise, l'hypnose comprend une phase dite de confusion ou de dissociation qui est une transition pouvant ouvrir sur un état de modification perceptive.

- **La première étape** de l'hypnose est une phase de confusion. Cette « absence », dans un contexte bienveillant, possède des caractéristiques physiologiques : analgésie, diminution de l'anxiété. Cette phase convient aux soins douloureux, aux gestes chirurgicaux non invasifs et aux explorations endoscopiques.

- **La deuxième étape** de l'hypnose ouvre sur une indétermination, une augmentation du sens critique, une prise en compte de tout l'environnement. Cet état a une signature cérébrale qui montre une augmentation des processus attentionnels (Rainville, Hofbauer et al. 2002). L'état de repos cérébral, dénommé 'default mode' ou mode par défaut confirme que cet état est congruent avec une forte activation cérébrale. L'état hypnotique, dans cette phase, n'est donc pas un sommeil ou une absence ou une indifférence, mais bien une hyper-présence qui est à même de résoudre les blocages tels que peurs, douleurs chroniques, addictions etc... »

- **L'hypnothérapie** : Elle peut se définir comme l'usage psychothérapeutique de l'hypnose. Elle peut revêtir plusieurs formes, dont les principales sont présentées ci-après.

« Quelle que soit sa forme, elle place toujours au centre de son approche l'état hypnotique, avec une visée psychothérapeutique » (Bioy and Michaux 2007).

- **L'hypnose classique** : Elle se caractérise par l'aspect directif de l'hypnotiseur, parfois même dominant. L'hypnotiseur suggère un changement de façon directe au patient. Cette forme d'hypnose a été très largement mise de côté. D'autres courants sont venus renouveler la pratique, en particulier le courant Ericksonien.
- **L'hypnose Ericksonienne** : (Nommée d'après le psychiatre américain Milton Erickson 1901-1980). Milton Erickson a utilisé lui-même l'auto-hypnose suite à poliomyélite compliquée de paralysie motrice et sensorielle. Dans son approche, c'est le patient qui est au centre et qui devient acteur de sa guérison. Cette pratique hypnotique ne dirige pas le patient, mais l'accompagne. Elle repose sur le postulat que l'inconscient est capable de mobiliser des ressources, susceptibles de conduire aux changements désirés, et a pour but d'amener conscient et inconscient à travailler ensemble.

« Vous ne contrôlez pas le comportement d'une quelconque autre personne. Vous apprenez à le connaître, vous aidez les patients en l'utilisant, vous aidez les patients en les dirigeant de telle façon qu'ils rencontrent leurs besoins; mais vous ne travaillez pas

avec les patients pour atteindre vos propres buts. Le but est leur bien-être, et si vous réussissez à obtenir leur bien-être, vous touchez directement votre propre bien-être. »
(Milton Erickson)

Milton Erickson va développer de nombreuses techniques permettant à tous les patients d'accéder à l'état d'hypnose, aussi bien des techniques de communication, que des techniques relationnelles et des suggestions indirectes.

Ce courant a par la suite donné naissance à de nombreux courants de psychothérapie moderne : thérapie familiale, thérapie brève (stratégique, systémique), programmation neuro-linguistique.

- **L'hypnoanalyse** : L'hypnoanalyse est un processus dynamique qui fait le lien entre l'hypnose et la psychanalyse.

L'hypnose et les thérapies brèves

Ce rapport s'intéresse également à l'évaluation de l'efficacité de l'EMDR dans la prise en charge du syndrome de stress post traumatique.

L'EMDR est une thérapie brève, différente de l'hypnose, mais qui utilise certaines techniques issues de l'hypnose.

L'EMDR ou technique de désensibilisation et retraitement par mouvements oculaires (Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou EMDR) est une intervention à visée psychothérapeutique qui a été développée par une psychologue américaine, Francine Shapiro, à la fin des années 1980.

La thérapie EMDR est une approche intégrative faisant intervenir de nombreux éléments issus de diverses approches psychothérapiques comme les TCC, l'hypnose Ericksonnienne, le courant psychodynamique, les approches psychocorporelles. L'originalité de l'EMDR réside dans la combinaison de ces éléments dans un protocole de base auquel sont associées les stimulations bilatérales alternées.

« L'EMDR permet la remise en route d'un traitement adaptatif naturel d'informations douloureuses bloquées (par exemple après un choc traumatique), la mobilisation de ressources psychiques et la restauration d'une estime de soi déficiente » (<http://www.emdr-france.org/>).

L'hypnose, une pratique thérapeutique non conventionnelle

L'hypnose fait partie des pratiques thérapeutiques dites non conventionnelles. L'OMS estime que l'usage des médecines traditionnelles/thérapies non conventionnelles reste très répandu dans les pays en développement et est de plus en plus courant dans les pays développés. Plusieurs termes existent : médecine « traditionnelle », « complémentaire », « alternative » ou « non conventionnelle » dans les pays dont le système de santé est basé sur l'allopathie et où ce type de médecine n'a pas été intégrée au système de santé, médecine « intégrative » dans les pays qui incorporent ce type de médecine à leur système de santé national (OMS 2002).

Le recours aux thérapies non conventionnelles dans les pays développés croît, avec un essor particulier observé dans le domaine des soins de support, notamment en cancérologie. Cela peut en partie s'expliquer par le fait que les pratiques non conventionnelles prennent en compte le besoin de privilégier la qualité de vie lorsque la guérison n'est pas possible (Roberti di Sarsina 2007).

Les motifs de recours mis en avant sont les suivants (Dilhuydy 2003) :

- Désir d'une prise en charge holistique, recherche de sens
- Recherche d'une participation active, aspiration à l'autonomie
- Prise en charge des effets secondaires (notamment pour les patients atteints d'un cancer)
- Optimisation des chances en cas de maladie grave
- Raisons culturelles
- Pression de la famille (pour des raisons culturelles, de recherche d'autonomie face au pouvoir médical, d'optimisation des chances)
- Rupture de la communication médecin /malade

La grande majorité des personnes ayant recours aux thérapies non conventionnelles les considèrent davantage comme un complément que comme une alternative. Le recours à ce type de pratiques reposerait davantage sur la quête d'une cohérence avec ses propres valeurs, croyances et conceptions de la vie et de la santé, que sur une expérience décevante de la médecine conventionnelle (Astin 1998).

La prévention et l'aspiration à une bonne hygiène de vie sont d'autres motifs de recours. De plus, la part de l'auto prise en charge sanitaire a augmenté ces dernières années, et les sujets se tournent volontiers vers les pratiques non conventionnelles, en considérant que ce qui est naturel est sans danger (ce qui n'est pas forcément vrai) (OMS 2013).

Les défis concernant les thérapies non conventionnelles sont nombreux, et la stratégie 2014-2023 de l'OMS sur les médecines traditionnelles/médecines complémentaires (MT/MC) repose sur les 3 points clés suivants :

- (1) Renforcer la base de connaissances pour une gestion active de la MT/MC via des politiques nationales appropriées
- (2) Renforcer l'assurance qualité, la sécurité, l'usage approprié et l'efficacité de la MT/MC en réglementant les produits, pratiques et praticiens
- (3) Promouvoir la couverture sanitaire universelle en intégrant de façon adéquate les services de MT/MC dans la prestation des services de santé et l'auto-prise en charge sanitaire.

Ce rapport s'intéresse à l'efficacité et la sécurité de l'hypnose. De plus, nous avons intégré à ce rapport l'évaluation de l'efficacité de l'EMDR (eye movement desensibilization and reprocessing ou technique de désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) dans la prise en charge du syndrome de stress post-traumatique.

STATUT DE L'HYPNOSE EN FRANCE

En France, il n'y a pas de cadre légal précis encadrant la pratique de l'hypnose ni de l'EMDR.

Les **DU d'hypnose et d'EMDR ne sont pas reconnus par l'Ordre des médecins**. Réglementairement, le médecin n'est donc pas autorisé à mentionner ces pratiques sur sa plaque et/ou ses ordonnances.

Pour les chirurgiens-dentistes, la reconnaissance d'un DU/DIU et l'autorisation de le mentionner sur ses documents professionnels est à demander au cas par cas à l'ordre national des chirurgiens-dentistes.

De son côté, l'assurance maladie ne prend pas en charge les séances d'hypnose. Il existe un code acte dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) libellé « Séance d'hypnose à visée antalgique » (code ANRP001), mais cet acte est non remboursable (tarif fixé à 0 euros). Si l'hypnothérapie est pratiquée par un médecin conventionné dans le cadre de sa consultation, la consultation reste prise en charge par l'assurance maladie (en fonction des règles de remboursement habituelles). Par ailleurs, certaines complémentaires santé proposent des remboursements partiels ou forfaitaires de séances d'hypnose.

Lorsque l'hypnose est pratiquée au sein d'établissements hospitaliers, il semblerait que la facturation varie selon les établissements, certains ayant créé un tarif spécial : « l'enquête auprès des autres CHU a montré que certains établissements ont créé un tarif correspondant à l'acte d'hypnose, et facturent aux patients 1 acte de consultation + 1 acte d'hypnose » (Médecines complémentaires à l'APHP, Rapport de Mai 2012²).

FORMATIONS

Hypnose

L'enseignement existe au niveau universitaire, sous la forme de DU/DESU.

Actuellement, on recense 1 diplôme d'études supérieures universitaires (DESU), 1 diplôme inter universitaire (DIU) et 11 diplômes universitaires (DU) :

- [DESU Hypnose médicale Université d'Aix-Marseille](#)
- [DIU Hypnose médicale et clinique Université de Bretagne occidentale et de Bourgogne](#)
- [DU Hypnose médicale Université de Bordeaux](#)
- [DU Hypnothérapie Université de Bourgogne](#)
- [DU Hypnose médicale et clinique Université de la Réunion](#)

² http://www.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/11/files/2012/07/Rapport_Med_Compl_AP-HP-05-20122.pdf (rédacteurs : Pr JY Fagon et Dr C Viens-Bitker)

- [DU Hypnose et thérapies brèves stratégiques et solutionnistes Université de Limoges](#)
- [DU Hypnose médicale Université de Montpellier-Nîmes](#)
- [DU Hypnose thérapeutique Université de Nantes](#)
- [DU Hypnose médicale et formation à la pratique de l'hypnose thérapeutique Université de Nice Sophia Antipolis](#)
- [DU Hypnose médicale Université Paris 6](#)
- [DU Hypnose clinique Université Paris 11](#)
- [DU Hypnose en anesthésie Université Paris 11](#)
- [DU Hypnose médicale Université de Toulouse](#)

L'enseignement existe également au niveau associatif et privé, avec des formations de durée variable (de 2-3 jours à 45 jours ou plus répartis sur plusieurs années). Elles sont ouvertes à un public plus ou moins large. De nombreuses formations sont proposées dans le cadre de la formation continue et du développement professionnel continu (DPC). Elles sont alors réservées aux professionnels de santé. Ainsi, plusieurs organismes gestionnaires du développement professionnel continu proposent des modules d'initiation ou de perfectionnement à l'hypnose (liste disponible sur internet³), d'une durée de 1 à 2 jours à une douzaine de jours, et destinés aux professionnels médicaux (en particulier médecins, dentistes, sages-femmes) et paramédicaux. Les formations peuvent aussi être proposées hors DPC. Elles peuvent alors être réservées aux professionnels de santé -par exemple, la SFMG (société française de médecine générale) propose un module d'initiation aux techniques de l'hypnose en formation générale (2 jours)- mais aussi être ouvertes à un public plus large.

Il est donc important de distinguer les organismes de formation selon le public auquel ils s'adressent :

- **Formations destinées à un public de professionnels de santé :**

Certains organismes se positionnent de manière très claire pour que la pratique de l'hypnose à visée thérapeutique soit réservée à des professionnels de santé, suivant le positionnement de la Société européenne d'hypnose et de la Société internationale d'hypnose. Ces organismes réservent donc les formations exclusivement aux professionnels de santé. C'est le cas des organismes membres de la CFHTB (confédération francophone d'hypnose et de thérapies brèves), qui fait elle-même partie de la Société Européenne d'Hypnose et de la Société internationale d'hypnose.

³ <https://www.mondpc.fr/index.php/ogdpc/programmes>

En effet, la CFHTB a érigé ce positionnement en principe éthique (« *L'hypnose est considérée comme une possibilité d'aide parmi d'autres formes de pratiques scientifiques ou cliniques validées. Il en résulte que la connaissance des techniques d'hypnose ne saurait constituer une base suffisante pour l'activité thérapeutique ou de recherche. L'hypnopraticien doit donc avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce son activité hypnotique : Médecin, Chirurgien-dentiste, Psychologue, Sage-femme, Infirmier, Kinésithérapeute.* » et « *L'hypnopraticien ne facilitera ni ne soutiendra la pratique de l'hypnose par des personnes non qualifiées* » extrait du code éthique de la CFHTB). La CFHTB se donne pour mission d'harmoniser les programmes de formation à l'hypnose et aux thérapies brèves, et de développer des travaux de recherche scientifique et clinique dans ces domaines. La liste exhaustive des instituts et associations membres de la CFHTB est disponible sur : <http://www.cfhtb.org/membres/>. Seuls les instituts et associations de professionnels de santé peuvent être éligibles⁴. Par ailleurs, tous les membres s'engagent à respecter un code éthique⁵. En particulier, cette confédération regroupe :

- L'institut Emergences, qui est un institut de formations et de recherche en hypnose et communication thérapeutique. L'institut organise et participe à des congrès internationaux. Les formations sont réservées aux professionnels de santé, et Emergences est évalué favorablement par l'organisme de gestion du développement professionnel continu (OGDPC) sous le n° 1672⁶.
- Les instituts Milton H Erickson. Il en existe une dizaine en France⁷. (Hypnose-ericksonienne.org : site indépendant regroupant les responsables des Instituts Milton Erickson Francophones en hypnose médicale et thérapies brèves. Son objectif est de mettre en commun la base de connaissance des praticiens en hypnose ericksonienne et thérapies brèves.)

⁴ A savoir les médecins, psychologues, dentistes et – sous conditions – autres paramédicaux (<http://www.cfhtb.org/confederation/>)

⁵ <http://www.cfhtb.org/confederation/le-code-ethique-de-la-cfhtb/>

⁶ Avis favorable des commissions scientifiques indépendantes pour les formations dispensées aux chirurgiens dentistes, sages-femmes et paramédicaux, et en cours d'évaluation pour les médecins (information disponible sur le site de l'OGDPC <https://www.ogdpc.fr/index.php/ogdpc/organisme/1672> en Janvier 2015)

⁷ Les instituts M Erickson de Nantes et de Toulouse sont enregistrés auprès de l'organisme de gestion du développement professionnel continu (OGDPC) sous les n°2431 et 6245, avec avis favorable des commissions scientifiques indépendantes pour les formations dispensées aux chirurgiens dentistes, et en cours d'évaluation pour les sages-femmes, les paramédicaux et les médecins (information disponible sur le site de l'OGDPC <https://www.ogdpc.fr/index.php/ogdpc/organisme/2431> et <https://www.ogdpc.fr/index.php/ogdpc/organisme/6245> en Janvier 2015).

D'autres organismes, bien que non membres de la CFHTB, respectent un tel positionnement, comme par exemple L'Institut français d'hypnose (IFH <http://www.hypnose.fr/>). Il s'agit d'un centre de formation et de recherche fondé en 1990. Cet institut propose un large éventail de formations, de l'initiation à la « post-formation ». Les formations proposées par l'IFH sont réservées aux professionnels ayant un diplôme d'état leur permettant d'exercer auprès du public une fonction soignante (médecins généralistes et spécialistes, psychologues, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers etc.). Un cycle de formation à la pratique de l'hypnoanalgésie est proposé sur 2 ans. Un cycle de formation à l'hypnothérapie est proposé sur 3 ans et réservé aux psychiatres, psychologues et psychothérapeutes. Des formations spécifiques (de 7 à 10 jours) sont aussi proposées en hypnose dentaire, en pédiatrie, en obstétrique et en anesthésie. Leur charte éthique est commune à celle de la CFHTB.

Ou

- **Formations destinées à un public plus large, sans qualification requise :**

A l'inverse, d'autres organismes proposent des formations ouvertes à tous, non réservées aux seuls professionnels de santé, ce qui soulève des interrogations d'ordre éthique (cf. chapitre sur la sécurité). Ces organismes n'adhèrent pas à la charte éthique de la CFHTB, et bien souvent ne possèdent pas de code éthique propre. De plus, certaines de leurs formations sont labellisées « hypnose thérapeutique », et il faut rappeler que s'il n'y a pas de texte légal interdisant la dispense de ces formations à des non professionnels de santé, la pratique de l'hypnose à visée thérapeutique par des non médecins a par contre déjà fait l'objet de condamnations⁸ pour exercice illégal de la médecine (article L.4161-1 du code de la santé publique).

➔ En résumé, **la formation en hypnose est hétérogène.**

- ✓ Il existe des formations universitaires : 11 DU, 1 DIU et 1 DESU
- ✓ Il existe des formations associatives et des formations privées, de durée variable, réservées pour certaines aux professions médicales et/ou aux professions de santé, et ouvertes pour d'autres à un public plus large.

⁸ Cour d'appel, Toulouse, Chambre des appels correctionnels 3, 17 Février 2009 – n°08/00429, 203/09 et n° 09-81.778 de la chambre criminelle du 09 mars 2010

EMDR

Trois formations initiales dispensées en France sont reconnues par EMDR Europe et permettent d'obtenir le titre de « Praticien EMDR Europe » : 2 formations dispensées par des instituts ou écoles et une formation universitaire. Il s'agit des formations suivantes, présentées dans l'ordre chronologique de leur création :

- L'Institut Français d'EMDR, créé par David Servan Schreiber <http://www.essentia.fr/>
- L'Ecole Française de psychothérapie EMDR <http://www.efpe.fr/>
- [Le DU de psychothérapie EMDR, psychotraumatologie et compléments psychopathologiques à l'Université de Lorraine](#) (sur 2 ans)

Pour obtenir le titre de « Praticien EMDR Europe », une formation initiale de 49h de formation théorique et pratique et de 20 heures de supervision pratique est nécessaire. Cette formation se décompose en 2 niveaux.

L'université de Lorraine va également ouvrir un nouveau DU à la rentrée 2015, il s'agit d'une spécialisation en EMDR pour une utilisation auprès des enfants, adolescents et familles. Ce [DU de prise en charge des enfants, des adolescents et des familles avec la psychothérapie EMDR](#) nécessite comme prérequis une formation initiale en EMDR (au minimum le niveau 1).

Par ailleurs, pour voir son diplôme de praticien EMDR reconduit, tout praticien EMDR doit collecter 50 crédits de formation continue en 5 ans. Les organismes souhaitant proposer des formations continues doivent les soumettre à la commission Formation continue et réaccréditation de l'association EMDR France, qui validera ou non la formation et lui attribuera un nombre de crédits après examen de son contenu.

Plusieurs organismes proposent ainsi des formations continues accréditées par l'association EMDR France, par exemple :

- L'école française de psychothérapie EMDR
- L'Institut français d'EMDR
- L'université de Lorraine ([équipe Psychologie de la santé de Metz](#)), qui propose annuellement des rencontres européennes des doctorants travaillant dans le champ de la thérapie EMDR (5^{ème} rencontre en Juin 2015) et organise des congrès [« EMDR et dissociations : modèles et prise en charge »](#) (Nov 2015).
- L'association Synchronie (<http://www.synchronie.org/>), créée en 2002. Il s'agit d'une association spécialisée en victimologie et psychotraumatologie, qui a mission de formation, information,

supervision, prévention et conseil, dans les domaines du stress, de la violence, des traumatismes psychiques, des conduites suicidaires, auprès des professionnels rencontrant des publics en difficulté.

- l'IETSP (Institut européen de thérapies somato-psychiques <http://www.ietsp.fr/>), reconnu par la CFHTB (confédération francophone d'hypnose et de thérapies brèves). Cet institut propose différentes formations, dont des formations à l'utilisation de l'EMDR, notamment dans le traitement des traumatismes complexes et dissociation.

DEMOGRAPHIE

Hypnose

NOMBRE DE PERSONNES FORMEES

Il est difficile d'avoir une estimation précise du nombre de personnes formées.

A titre d'illustration, voici quelques données transmises par les responsables de certains DU ou associations :

Le DU d'hypnose clinique de Paris 11 forme une vingtaine d'étudiants par an depuis 8 ans, mais les demandes sont bien supérieures (à titre d'exemple, plus de 250 demandes pour la rentrée universitaire 2014/2015). Par ailleurs, l'AFHYP (où le Dr Becchio, responsable pédagogique du DU de Paris 11, enseigne également) forme 5 groupes d'une quinzaine d'étudiants par an chaque année depuis 1994. La répartition par profession est la suivante : 30% de médecins généralistes, 10% de psychiatres, 20% d'anesthésistes, 20% pour les autres spécialités et 20% de psychologues (communication personnelle du Dr Becchio).

Le nombre de personnes formées au DU d'hypnose médicale de Paris 6 et/ou à l'AFEHM (responsable commun, à savoir le Dr Benhaïem) est à ce jour d'environ 1400 personnes (communication personnelle du secrétariat du DU/ AFEHM).

Le DU d'hypnothérapie de Dijon accueille 20 personnes par an depuis 2010, le DU d'hypnose médicale et clinique (Ile de la Réunion) 30 personnes par an depuis 2012, le DIU d'hypnose médicale et clinique (Dijon, Brest) 30 personnes par site depuis 2014 (communication personnelle d'A. Bioy).

Le nombre de personnes formées à l'hypnose par l'IFH est de 4277⁹ (communication personnelle d'A. Bioy). Parmi eux on dénombre :

- 1519 personnes ayant suivi une formation complète (à savoir 45 jours d'hypnothérapie ou 25 jours d'hypnose médicale et hypnoanalgésie), dont 36% de médecins, 31% de psychologues, 26% d'infirmiers, et 7% d'autres professions (dentistes, kinés...). Ces formations complètes permettent par équivalence l'obtention du DU d'hypnothérapie et du DIU d'hypnose médicale de l'Université de Bourgogne.
- 2331 soignants ayant suivi une formation aux techniques d'hypnose en pratique hospitalière (dont 55% d'infirmiers, 15,5% d'aides soignants et auxiliaires de puériculture, 8,8% de médecins, 8,5% de manipulateurs radio et 12,2% d'autres professions)
- 427 personnes ayant suivi une formation spécialisée (anesthésie, obstétrique, dentisterie, pédiatrie).

Le nombre de personnes formées à l'hypnose (formation qualifiante de 12 jours minimum) par l'Institut Emergences est de 2772¹⁰. Parmi eux on dénombre entre autres 1164 médecins (dont 539 anesthésistes-réanimateurs), 801 infirmiers, 260 psychologues/psychothérapeutes, 129 chirurgiens dentistes, 128 kinésithérapeutes, 74 sages-femmes, 37 aide-soignants. Parmi ces 2772 personnes, formées, 63 ont également suivi une formation de 3 jours en communication thérapeutique. De plus, 438 personnes supplémentaires ont été formées à la communication thérapeutique (3 jours) par l'Institut Emergences (dont 187 infirmiers, 69 médecins, 41 aide-soignants et 40 psychologues/psychothérapeutes).

LE DEVELOPPEMENT DE L'HYPNOSE A L'HOPITAL

Il n'existe pas à notre connaissance d'enquête exhaustive décrivant la pratique de l'hypnose en milieu hospitalier (et précisant le nombre et type de services la pratiquant/ proposant des consultations).

En région parisienne, le moteur de recherche de l'APHP permet d'identifier 8 consultations¹¹ :

⁹ Données arrêtées à fin 2014. Ne sont pas comptabilisées ici les formations courtes: communication hypnotique, premières approches, séminaires de post formation.

¹⁰ Données communiquées en Septembre 2014

¹¹ En date du 5 Mars 2015.

- 3 au centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt
- 1 en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et 1 en odontologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris
- 1 en neurochirurgie à l'hôpital de Bicêtre au Kremlin-Bicêtre
- 1 en soins palliatifs et gériatriques à l'hôpital Paul Brousse à Villejuif
- 1 en Psychologie Hypnose analgésie aux Urgences et consultations pédiatriques de l'hôpital Jean Verdier à Bondy

De plus, à titre d'illustration, Le Dr Lafont a réalisé un état des lieux (non exhaustif) de l'hypnose en région PACA et a recensé 7 établissements avec une pratique de l'hypnose (CH Aix, polyclinique Urbain V à Avignon, CHI Fréjus, CHU Nice, APMH, CH Salon de Provence, Institut Ste Catherine à Avignon) (Lafont 2013). Ainsi, l'hypnose était proposée dans :

- 5 centres de traitement de la douleur (CH Aix, polyclinique Urbain V à Avignon, CHI Fréjus, CHU-Hôpital de Cimiez à Nice, AP-HM-Hôpital de la Timone à Marseille), par des médecins
- 1 service d'obstétrique par une sage-femme (CHI Fréjus),
- 2 services de cancérologie/soins palliatifs (CH de Salon de Provence, Institut Sainte Catherine à Avignon),
- 1 service de psychiatrie (AP-HM Hôpital de la Conception, Marseille), par un médecin
- 1 service de chirurgie orthopédique (AP-HM Hôpital Ste Marguerite, Marseille),
- 1 service d'hépatogastro-entérologie (AP-HM Hôpital de la Conception, Marseille), par une infirmière
- 2 services de pédiatrie : service de chirurgie pédiatrique et service de réanimation pédiatrique (AP-HM-Hôpital de la Timone à Marseille), par un infirmier anesthésiste.
- Concernant l'hôpital d'Aix en Provence, la liste des services n'est pas exhaustive. Un article du Figaro santé en date du 4 avril 2013 mentionnait : « L'hôpital d'Aix-en-Provence adopte l'hypnose médicale. L'établissement l'a incluse dans son approche globale de la prise en charge du patient et il est en train de former à cette technique une partie de son

personnel. (...)Le programme de formation mis en place avec un cofinancement de la Fondation Apicil porte sur 60 personnes, pour un coût de près de 40.000 euros. Mais il sera renouvelé, assure Joël Bouffiès. *«C'est efficace. Ce n'est pas un coût mais un bénéfice puisque ça améliore l'état du patient, la relation patient-soignant et évite d'autres coûts.»*(...)Ainsi, À Aix, l'hypnose est ou va être utilisée dans des services aussi divers que les urgences, l'anesthésie, la chirurgie viscérale ou urologique, les soins palliatifs, l'hospitalisation à domicile, l'hémo-oncologie, la gériatrie, la gynécologie, les maladies respiratoires, la neurologie, l'ORL, la pédiatrie, la rééducation, la rhumatologie... »¹².

Nous pouvons également citer l'Hôpital de La Rochelle, dont 250 professionnels ont été formés à l'hypnose par l'Institut Emergences (Communication d'Alain Michel, directeur du Groupe Hospitalier de La Rochelle, Congrès Hypnose et Douleurs, La Rochelle 2014). Il existe vraisemblablement de très nombreuses autres structures hospitalières dont les personnels bénéficient de formations à l'hypnose assurées par divers instituts par le biais de la formation continue¹³ sans que nous ne disposions de listes exhaustives pour en faire mention. Parfois, des fondations, telle que la fondation Apicil¹⁴, viennent soutenir ce type de formations.

Par ailleurs, un état des lieux a été réalisé par le Dr Bordenave dans les centres de lutte contre le cancer de la fédération Unicancer¹⁵ en France en Décembre 2013, avec 19 centres interrogés. Trois centres sur quatre déclaraient pratiquer l'hypnose, au bloc opératoire, en radiologie interventionnelle, ou encore aux soins de support. Le nombre des thérapeutes était limité (autour de 5 personnes par centre). La majorité des professionnels formés déclarait utiliser cette pratique au quotidien. Des consultations étaient proposées dans environ 2/3 des cas, avec une demande régulière spontanée de la part des patients, mais l'information relative à l'existence des consultations n'était pas systématiquement diffusée sur les sites internet des centres. Depuis, une démarche visant à développer l'activité d'hypnose de manière structurée est en cours, ayant par exemple donné lieu à l'organisation d'une Journée de rencontre et de partage d'expérience au sein de la Fédération Unicancer (Novembre 2014, 80 participants) (Dr Bordenave, communication personnelle).

¹² <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/04/04/20175-lhopital-daix-adopte-lhypnose-contre-douleur>

¹³ Par exemple le GHI Le Raincy Montfermeil avec 30 professionnels (médecins et IDE) formés en 2013 par l'Institut Emergences et une nouvelle formation prévue fin 2015 (communication personnelle du Dr Waisblat)

¹⁴ Fondation entièrement consacrée à la douleur <http://www.fondation-apicil.org/>. La fondation APICIL demande aux établissements de financer la moitié de la formation et les incite à inscrire l'hypnose dans leur plan de formation. Plusieurs dizaines d'établissements ont ainsi bénéficié d'un soutien de la fondation depuis 2004 (communication personnelle de Nathalie Aulnette, directrice de la Fondation).

¹⁵ Présent dans 16 régions françaises, Unicancer réunit les 20 centres de lutte contre le cancer : établissements privés, à but non lucratif, assurant une triple mission de soins, recherche et formation dans le domaine de la cancérologie <http://www.unicancer.fr/unicancer>

Ailleurs en Europe, le développement de l'hypnose est variable. En Belgique la pratique est bien implantée, et le CHU de Liège a par exemple réalisé plus de 8600 interventions sous hypnosédation depuis 1992 (ME Faymonville, communication au congrès Hypnocrate, 11/07/2014).

EXERCICE EN LIBERAL

A notre connaissance, aucune donnée d'enquête n'est disponible concernant le nombre de praticiens pratiquant l'hypnose en libéral.

Certaines associations ou instituts proposent des annuaires référençant les praticiens facilitant la recherche d'un praticien en hypnose. Par exemple (liste non exhaustive) :

- <http://www.hypnoses.com/annuaire-hypnose/>, qui permet une recherche de praticiens formés par l'insitut Emergences ou une association membre de la CFHTB par département, profession et spécialité
- <http://www.hypnose.fr/annuaire-therapeutes/>, l'annuraire des thérapeutes formés par l'IFH
- <http://www.aep-hypnose.com/annuaire.html>, l'annuaire des praticiens en hypnose adhérents à l'AEPH (association européenne des praticiens en hypnose)

EMDR

L'association EMDR France comprenait en octobre 2014 1136 membres à jour de leur cotisation 2014 dont :

- 108 psychiatres
- 57 médecins généralistes psychothérapeutes
- 752 psychologues
- 219 psychothérapeutes.

Parmi les membres, 74 disposaient en première adresse d'une adresse associée à un exercice salarié (hôpital, IME, CMPP, CMP, EPHAD...), et 72 présentaient une activité mixte (salariée et libérale).

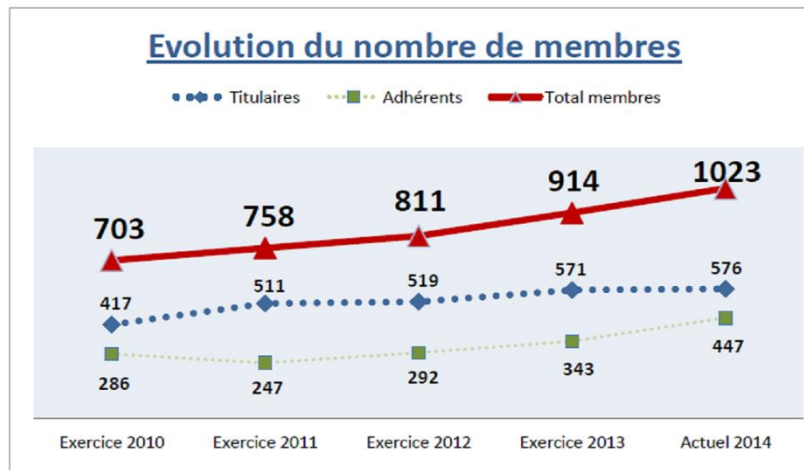


Figure 1: Evolution du nombre de membres de l'association EMDR-France depuis 2010 (Source : EMDR France)

ASSOCIATIONS FRANCAISES

Hypnose

- Association française pour l'étude de l'hypnose médicale (AFEHM <http://www.hypnose-medicale.com/>)
- Association française d'hypnose (AFHyp <http://www.afhyp.fr/>), avec 3 objectifs prioritaires : « former des praticiens pour leur permettre d'intégrer l'outil hypnotique dans leur pratique clinique, promouvoir l'utilisation de l'hypnose dans le champ de ses applications médicales, développer la recherche dans le domaine du fonctionnement du processus hypnotique et dans ses applications cliniques.
- Confédération francophone d'hypnose et thérapies brèves (<http://www.cfhtb.org/>). La CFHTB regroupe des Instituts Milton Erickson et des associations de praticiens travaillant dans le champ de l'hypnose et des psychothérapies brèves. Elle représente environ 3000 professionnels de France, Belgique, Suisse et Québec. Les membres de la confédération s'engagent à respecter une charte éthique. Les objectifs de la confédération sont d'une part l'harmonisation des programmes de formation et d'autre part le développement de travaux de recherche scientifique et clinique.
- Société française d'hypnose (SFH <http://hypnose-sfh.com>) : « association qui a pour but de promouvoir les recherches sur l'hypnose et les états apparentés et de permettre une réflexion sur la pratique clinique de l'hypnose ». « Les membres titulaires de la SFH, inscrits à l'annuaire, justifient de la possession d'un diplôme permettant l'exercice des professions de médecin, de dentiste, de psychologue ainsi que des professions paramédicales, présentent une attestation

de formation à l'hypnose professionnelle, délivrée par un organisme reconnu et s'engagent à ne pratiquer l'hypnose que dans le cadre de leur pratique professionnelle initiale. »

- Hypnocrate (<http://hypnocrate.org/web/>). Créée à l'initiative d'étudiants en médecine à la faculté Paris Descartes, l'association « a pour but de présenter et promouvoir l'hypnose dans les soins, de soutenir la recherche scientifique dans ce domaine, et de surtout développer son enseignement dans les études de santé (médecine, psychologie, odontologie, soins infirmiers, maïeutique, kinésithérapie, ainsi que toute autre profession de santé reconnue par l'Etat) ».

EMDR

- L'association EMDR France (<http://www.emdr-france.org/>), créée en Septembre 2002 et affiliée à l'association EMDR Europe. Il s'agit de la seule association en France. Elle regroupe tous les praticiens certifiés et en cours de formation. Elle se compose de plusieurs commissions :
 - Commission d'admission et de certification
 - Commission de formation continue et de réaccréditation
 - Commission de déontologie
 - Commission enfants / adolescents
 - Commission Recherche
 - Commission Communication
 - Commission EMDR pour tous

Ses missions sont multiples (regrouper les professionnels du champ, assurer la qualité de la pratique, préconiser des standards de formation, promouvoir la recherche, diffuser l'information).

Pour plus de détails concernant les commissions et les missions de l'association, nous invitons le lecteur à consulter l'annexe du document (précisions communiquées par Mme Iracane, membre du CA de l'association, psychologue clinicienne hospitalière et formatrice EMDR).

Au niveau international, nous pouvons citer, entre autres :

Pour l'hypnose :

La société européenne d'hypnose <http://esh-hypnosis.eu/>

La société internationale d'hypnose <http://esh-hypnosis.eu/>

La société américaine d'hypnose clinique www.asch.net

Pour l'EMDR :

L'association EMDR Europe emdr-europe.org

L'association internationale d'EMDR <http://www.emdria.org/>

FONDEMENTS ET CARACTERISTIQUES DE L'HYPNOSE ET DE L'EMDR

Hypnose

D'un point de vue historique, l'état hypnotique est utilisé depuis fort longtemps. Ainsi, selon certains auteurs, les chamanes utilisaient le processus hypnotique pour leurs interventions (sans avoir conscience qu'il s'agissait d'un processus hypnotique). « La connaissance de fonctionnements mentaux particuliers qui font apparaître de nouvelles ressources chez le sujet » est ancienne. Plus généralement, on peut dire que le fonctionnement mental particulier appelé « transe » a été exploité par toutes les cultures et toutes les époques (Virost and Bernard 2010).

Au 18^{ème} siècle, Franz Mesmer, médecin allemand, a développé la théorie du magnétisme animal, selon laquelle un fluide magnétique invisible circulerait dans l'univers et dans le corps humain, qu'une mauvaise circulation de ce fluide dans le corps serait pourvoyeuse de maladies, et que des techniques permettant de canaliser ce fluide permettraient de guérir les personnes malades. Parmi ces techniques, on peut citer l'imposition des mains, la crise magnétique (état d'agitation correspondant à la levée des blocages internes) mais aussi le « sommeil magnétique » (développé par un disciple de Mesmer, le marquis de Puységur, également appelé « sommeil lucide » ; il s'agit d'un état où le sujet présente des capacités et des connaissances accrues et est capable de communiquer avec le magnétiseur), qui allait ouvrir la voie à l'hypnose. *« Puységur, par l'utilisation qu'il fait de la « crise magnétique », renommée « sommeil lucide », est bien le premier hypnothérapeute, c'est-à-dire, le premier thérapeute à utiliser l'état modifié produit pendant la crise, non pour produire tel ou tel phénomène physique source de guérison, mais pour permettre d'accéder à des « ressources » diverses, ordinairement non accessibles, qui vont jouer un rôle déterminant dans le changement thérapeutique. »*(Bioy and Michaux 2007)

Des chirurgies utilisant cette technique sont rapportées dès le 19^{ème} siècle. Par exemple, une mastectomie réalisée pendant le « sommeil magnétique » par le Dr Jules Choquet a fait l'objet d'une gravure en 1834 (Virost and Bernard 2010). Un chirurgien anglais, James Esdaile, utilisant cette technique à large échelle à Calcutta au milieu du 19^{ème} siècle a rapporté une réduction de la mortalité opératoire (de 45% à 5%) (Virost and Bernard 2010).

L'invention du terme « hypnose » est souvent attribuée à James Braid, médecin écossais, qui aurait créé ce terme en référence à Hypnos, le dieu grec du sommeil en 1843. Il semble en réalité que ce soit le baron Etienne Felix d'Hénin de Cuvillers qui ait le premier commencé à utiliser le préfixe « hypn » dès 1819 (Gravitz 1993).

Par la suite, Jean-Martin Charcot réalise des travaux sur l'hypnose et l'hystérie. Il recrée sous hypnose l'apparition et la disparition de symptômes. Il démontre ainsi que les paralysies hystériques ne sont pas déterminées par une lésion organique, mais par ce qu'il appelle une « lésion dynamique fonctionnelle » et il considère que l'hypnose est un état propre aux hystériques. Dans le même temps, un autre courant est développé par Hippolyte Bernheim, qui s'oppose à celui de Charcot en considérant l'hypnose comme susceptible d'applications thérapeutiques.

Au 20^{ème} siècle, Milton Erickson, psychiatre américain développe l'hypnose ericksonienne, qui considère que « la transe est un phénomène banal, naturel, que chaque individu connaît dans sa vie ordinaire ». Ce courant « met l'accent sur le concept d'état naturel renforcé par la communication entre le sujet et le thérapeute » (Virost and Bernard 2010). En parallèle va se différencier un autre courant, celui de l'hypnose classique, qui s'appuie sur des méthodes d'induction stéréotypée et élabore des échelles « d'hypnotisabilité » servant de référence pour les recherches et permettant aux cliniciens de détecter les patients susceptibles d'être soignés par l'hypnose car « répondeurs ».

MECANISMES INVOQUES

L'électroencéphalogramme avait permis d'objectiver, dès 1949, que l'état hypnotique était différent du sommeil et de l'état de veille.

Les techniques d'imagerie moderne (Pet Scanner et IRM fonctionnelle) ont mis en évidence des modifications de l'activité cérébrale corticale de certaines régions lors de suggestions chez un sujet sous hypnose.

Il a ainsi été montré qu'un souvenir, évoqué en imagerie mentale autobiographique ou sous hypnose activait des régions cérébrales similaires, telles que les régions corticales occipitales, pariétales, précentrales, ventrolatérales, prémotrices, préfrontales et cingulaire antérieure. Par contre, en état d'hypnose, le précunéus était moins activé (Maquet, Faymonville et al. 1999).

Par ailleurs, en présence d'un stimulus douloureux, un sujet sous hypnose à qui l'on suggère que la sensation n'est pas déplaisante présente une modification de l'activité du cortex cingulaire antérieur (Rainville, Duncan et al. 1997). Cette région est associée à la composante émotionnelle de la douleur.

L'hypnose serait capable d'agir sur les 2 composantes de la douleur : le ressenti émotionnel mais également la sensation douloureuse elle-même. Certaines études (réalisées chez des sujets très

hypnotisables) ont même montré la capacité de l'hypnose à activer les circuits neuronaux correspondants à une douleur physique suite à une suggestion hypnotique et ce même en l'absence de stimuli douloureux (Derbyshire, Whalley et al. 2004).

Plus récemment, une étude a montré que la diminution de la perception des stimuli douloureux et non douloureux pendant un état d'hypnose par rapport à un état de veille était associée à une diminution de l'activation fonctionnelle non seulement du cortex cingulaire antérieur, mais aussi des cortex insulaire, préfrontal, prémoteur, du tronc cérébral, du thalamus, du striatum et du cortex somatosensoriel primaire (Vanhaudenhuyse, Boly et al. 2009).

La littérature sur le sujet (neuroscience et hypnose) est très abondante, et nous invitons le lecteur qui souhaiterait en savoir davantage à se référer à la bibliographie complémentaire transmise par le Dr Suarez :

- Bryant, R. A. and L. Hung (2012) "Oxytocin enhances social persuasion during hypnosis." PLoS One **8**(4):e60711.
- Cardena, E., P. Jonsson, et al. (2012) "The neurophenomenology of neutral hypnosis." Cortex **49**(2): 375-85.
- Cojan, Y., A. Archimi, et al. (2012) "Time-course of motor inhibition during hypnotic paralysis: EEG topographical and source analysis." Cortex **49**(2): 423-36.
- Cojan, Y., L. Waber, et al. (2009). "The brain under self-control: modulation of inhibitory and monitoring cortical networks during hypnotic paralysis." Neuron **62**(6): 862-75.
- Demertzi, A., A. Soddu, et al. (2011) "Hypnotic modulation of resting state fMRI default mode and extrinsic network connectivity." Prog Brain Res **193**: 309-22.
- Dienes, Z., E. Brown, et al. (2009). "Hypnotic suggestibility, cognitive inhibition, and dissociation." Conscious Cogn **18**(4): 837-47.
- Faymonville, M. E., M. Boly, et al. (2006). "Functional neuroanatomy of the hypnotic state." J Physiol Paris **99**(4-6): 463-9.
- Kallio, S., J. Hyona, et al. (2011) "The existence of a hypnotic state revealed by eye movements." PLoS One **6**(10): e26374.
- McGeown, W. J., G. Mazzone, et al. (2009). "Hypnotic induction decreases anterior default mode activity." Conscious Cogn **18**(4): 848-55.
- Mendelsohn, A., Y. Chalamish, et al. (2008). "Mesmerizing memories: brain substrates of episodic memory suppression in posthypnotic amnesia." Neuron **57**(1): 159-70.
- Oakley, D. A. and P. W. Halligan (2013) "Hypnotic suggestion: opportunities for cognitive neuroscience." Nat Rev Neurosci **14**(8): 565-76.
- Oakley, D. A. and P. W. Halligan (2010) "Using hypnosis to gain insights into healthy and pathological cognitive functioning." Conscious Cogn **20**(2): 328-31.
- Oakley, D. A. and P. W. Halligan (2009). "Hypnotic suggestion and cognitive neuroscience." Trends Cogn Sci **13**(6): 264-70.
- Rainville, P., B. Carrier, et al. (1999). "Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation." Pain **82**(2): 159-71.
- Raz, A., J. Fan, et al. (2005). "Hypnotic suggestion reduces conflict in the human brain." Proc Natl Acad Sci U S A **102**(28): 9978-83.

ainsi qu'à celle transmise par le Dr Benhaïem (en annexe du rapport).

EMDR

Après une découverte fortuite en 1987 à propos de l'incidence des mouvements oculaires sur la diminution de l'intensité des pensées perturbantes, une psychologue californienne - Francine Shapiro- étudiera scientifiquement les effets des mouvements oculaires sur les victimes de traumatismes psychiques. La publication en 1989 dans le Journal of Traumatic Stress d'un essai contrôlé randomisé sur le SSPT portant sur un groupe de victimes de psychotraumatismes de guerre et civils (Shapiro 1989) fera connaître l'EMDR.

Considérée comme une thérapie neuro émotionnelle, la thérapie EMDR est basée sur le modèle du traitement adaptatif de l'Information. Développé dans les années 1990, ce modèle pose que –excepté les symptômes causés par des lésions organiques ou toxiques- les troubles en santé mentale trouvent leurs origines principales dans les souvenirs non correctement traités d'évènements survenus antérieurement.

Lors d'évènements de vie stressants ou /et potentiellement traumatiques, le système de traitement de l'information serait très perturbé par les surcharges d'informations cognitives, émotionnelles, sensorielles, somatiques qui surviennent lorsqu'un sujet est confronté à une expérience qui déborde ses capacités de gestion et d'adaptation ; les déséquilibres neuro hormonaux concomitants à cette exposition viendraient geler le système de traitement adaptatif de l'information en entraînant une sorte de « court-circuit de la pensée ». Au lieu de se relier entre elles, pour que l'expérience soit intégrée et classée dans la mémoire autobiographique comme un épisode de vie, ces informations resteraient alors déliées. De ce fait, l'expérience resterait stockée dans le cerveau «en l'état» dans sa forme initiale avec ses composants délétères que constituent les pensées négatives perçues, les émotions perturbantes, les sensations corporelles douloureuses, les contenus sensoriels perçus au moment de l'évènement stressant ou traumatogène.

Les symptômes du syndrome de stress post traumatique (cauchemars, flashbacks, pensées intrusives) résulteraient de l'activation de ces souvenirs stockés de manière conjointe et dysfonctionnelles. Certains évènements du présent réveillant ces souvenirs constitueraient des facteurs déclencheurs.

L'EMDR permettrait d'accéder au souvenir bloqué et de stimuler le traitement adaptatif de l'information afin que les connexions et associations appropriées soient rétablies.

Il s'ensuivrait une métabolisation de l'expérience traumatique et un retraitement des souvenirs en question, qui migreraient alors d'une zone de stockage en mémoire épisodique et implicite à une zone de stockage en mémoire explicite et sémantique.

A la faveur de l'activation d'un processus neuro émotionnel naturel (le traitement adaptatif de l'information), potentialisées par les stimulations bilatérales alternées (oculaires, tactiles ou sonores)¹⁶, les informations bloquées dans des réseaux de mémoire négatifs et dysfonctionnels responsables de l'émergence de symptômes seraient remises en mouvement et reconnectées aux informations positives contenues dans d'autres réseaux voisins issus d'expériences adaptatives. Ainsi s'il n'est pas possible de revenir sur les événements de vie traumatiques ou stressants, il est envisageable dans cette perspective d'en modifier le vécu et la perception. Ce traitement permettrait de modifier les expériences négatives (émotions, perceptions, ressenti physique, croyances) grâce aux liens établis avec des réseaux de mémoire positifs contenant des informations adaptatives de telle manière que les expériences de vie difficiles puissent devenir une source de force et de résilience (Shapiro 2014).

MECANISMES INVOQUES

Il existe un champ de recherche en neurophysiologie qui vise à explorer les mécanismes d'action de l'EMDR et à apporter des réponses aux hypothèses de fonctionnement du traitement adaptatif de l'information. Ces recherches interrogent notamment les effets des stimulations bilatérales alternées dans la dissolution des éléments sensoriels émotionnels et cognitifs bloqués.

Des études ont ainsi mis en évidence des effets physiologiques des stimulations bilatérales alternées : diminution de la fréquence cardiaque et respiratoire, en lien avec une activation du système nerveux parasympathique et une augmentation de l'activité des systèmes cholinergiques et une inhibition du système sympathique (Elofsson, von Scheele et al. 2008). Ces effets auraient une incidence sur la détente et la relaxation du sujet, ainsi que des effets sur la mémoire. Les stimulations bilatérales alternées amélioreraient la récupération de la mémoire épisodique (Christman, Garvey et al. 2003). Ces effets sur la mémoire peuvent aussi être mis en parallèle avec les effets connus des mouvements oculaires rapides intervenants pendant la phase du sommeil paradoxal, qui facilitent l'apprentissage et la mémorisation des vécus (Smith and Lapp 1991). Par ailleurs, les mouvements oculaires réduiraient la netteté des images et l'émotionnalité dans le syndrome de stress post traumatique (van den Hout, Muris et al. 2001; Barrowcliff, Gray et al.

¹⁶ A l'origine, les stimulations bilatérales alternées reposaient essentiellement sur les mouvements oculaires. Très vite, F. Shapiro avait élargi les modalités de stimulation à d'autres canaux sensoriels (Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures., Guilford Press. Shapiro, F. and M. S. Forrest (2004). EMDR: The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress and Trauma . Basic books.). Des études récentes ont montré que les stimulations les plus efficaces étaient les stimulations visuelles Nieuwenhuis, S., B. M. Elzinga, et al. "Bilateral saccadic eye movements and tactile stimulation, but not auditory stimulation, enhance memory retrieval." Brain Cogn **81**(1): 52-6. Ce canal sensoriel est donc privilégié dans la limite du confort du patient, ce confort de l'ici et maintenant étant la condition nécessaire à l'avancée du traitement.

2004). Enfin, une étude avec enregistrement électroencéphalographique a permis de montrer que les zones cérébrales activées évoluaient au cours du protocole EMDR : cortex orbito-frontal, préfrontal, cingulaire antérieur et cortex limbique à T0, puis cortex temporo-occipital à T1, suggérant qu'à la fin du protocole (après un traitement réussi) les événements traumatiques étaient traités d'un point de vue cognitif (Pagani, Di Lorenzo et al.). De plus, une étude récente a également rapporté que des patients avec un syndrome de stress post traumatique, souffrant d'une augmentation de l'activité de l'amygdale gauche, du thalamus bilatéral, du précunéus droit, du noyau caudé droit ainsi que du cortex préfrontal ventromédian (en comparaison avec un groupe témoin) retrouvaient une activité normale dans toutes ces structures suite au traitement par thérapie EMDR (Khalifa, Elkhoury et al. 2012).

INDICATIONS

Hypnose

L'hypnoanalgésie est indiquée dans la prise en charge de la douleur.

L'hypnosédation est utilisée en anesthésie.

Le traité d'hypnothérapie rapporte que les indications de l'hypnothérapie sont « *les mêmes que pour toute psychothérapie (phobies, conversions, troubles anxieux, troubles de l'assertivité etc.)* » (p.15) (Bioy and Michaux 2007). Les contre-indications ne sont pas formelles, même si l'hypnothérapie apparaît « *particulièrement peu adaptée* » dans les troubles psychotiques aigus, les bouffées délirantes, la paranoïa¹⁷.

La société française d'hypnose mentionne des indications sur son site internet, reprises dans le tableau suivant :

En psychologie et psychiatrie	« problèmes d'estime de soi, d'affirmation de soi, de préparation aux examens, gestion du trac dans le domaine artistique, gestion du stress personnel et professionnel, difficultés relationnelles, conjugales, phobies sociales..., anxiété, insomnies, phobies, angoisses, obsessions, tocs, attaques de panique, troubles dépressifs et apparentés, harcèlements, surmenage professionnel, burn-out... »
En psycho traumatologie et victimologie	« syndrome post-traumatique, accidents graves, catastrophes, cataclysmes, faits de guerre, attentats, braquages, prise d'otages, choc post-chirurgical, agressions, viols... »
Troubles du comportement alimentaire	« boulimie, anorexie, obésité, hyperphagie, ... »
En addictologie	« tabac, alcool, drogues, jeux, internet, sexualité,... »
Chez les enfants	« énurésie, troubles du sommeil, des apprentissages, affirmation de soi, bégaiement, onychophagie, problèmes relationnels, manque de concentration, hyperactivité... »
Troubles psychosomatiques	« asthme, hypertension artérielle, migraines, troubles digestifs, uro-génitaux, problèmes dermatologiques, rhumatismes... »
En sexologie	« troubles de la fonction sexuelle éjaculation précoce, absence de désir, de plaisir, troubles de l'érection, dyspareunie, vaginisme... »
En neurologie	« tics, paralysie faciale à frigore, migraines, céphalées... »
En pneumologie et ORL	« asthme, allergies, rhinites, sinusites, acouphènes, hyperacousie, perte du goût et de l'odorat ... »
En gastro-entérologie	« ulcères, colites, gastrites chroniques... »
En cardiologie	« certains troubles du rythme, hypertension artérielle, problèmes

¹⁷ Pour la paranoïa, il est précisé « *quelques exceptions peuvent exister (le thérapeute doit alors être très expérimenté et spécialisé dans les troubles psychiatriques sévères)* »

	vasculaires ... »
En gynécologie et obstétrique	« grossesse difficile, nausées, vomissements, accouchement, certaines stérilités, dysménorrhées, problèmes urinaires... »
En dermatologie	« allergies, psoriasis, urticaire, eczéma, verrues plantaires, onychophagie, hyperhydrose, amélioration de la cicatrisation des brûlures... »
En dentisterie	« anesthésie, contrôle du saignement, de la salivation, adaptation des prothèses... »
Douleurs aiguës ou chroniques	« fibromyalgie, membre fantôme, migraines, analgésie, anesthésie... »
En soins palliatifs , accompagnement des malades atteints de cancer, du sida, de pathologies graves	« soutien psychologique, réduction des effets secondaires des traitements, prolongement et amélioration de la survie, traitement de la douleur... »
Chirurgie et examens médicaux _ anesthésie	« utilisée en anesthésie l'hypnose permet de diminuer les drogues et leurs effets indésirables, elle favorise les soins en ambulatoire, elle permet d'accéder avec plus de confort à des examens médicaux tels que fibroscopie, gastroscopie, coloscopie... Elle mettra en confiance le patient en vue d'une intervention chirurgicale. »
Dans le domaine sportif	« préparation mentale, optimisation du potentiel, récupération, motivation, gestion du stress et des émotions... »
Dans le domaine de la prévention	« l'hypnose offre l'avantage de sensibiliser le sujet à la notion de santé holistique, l'encourageant à se prendre en charge, à développer ses ressources, ses potentialités grâce à l'autohypnose, par exemple prévenir une crise d'asthme, ou en diminuer l'intensité ... »

EMDR

Concernant l'EMDR, Francine Shapiro évoque les indications suivantes : problèmes psychologiques affectant le patient et les membres de sa famille, troubles somatiques induits par le stress et symptômes médicalement inexpliqués.

On retiendra comme indication principale **le syndrome de stress post-traumatique (SSPT)**, indication pour laquelle l'EMDR a été la plus largement étudiée.

D'autres indications existent, qu'elles soient ou non associées à un état de stress post traumatique : dépression, troubles anxieux, symptômes psychosomatiques, conduites addictives, douleurs chroniques...

L'association EMDR France nous a fait parvenir la liste suivante :

- **Santé mentale** : Dépression, Troubles anxieux, Affirmation de soi/Estime de soi, Deuils bloqués, compliqués ou traumatiques
- **Troubles somatoformes et psychosomatique** : Migraines, douleur chronique, douleur de membre fantôme, eczéma chronique, troubles digestifs, syndrome de fatigue chronique, crise psychogénique non épileptique...
- **Problématiques de dépendance, addictions**
- **Troubles du comportement alimentaire**
- **Troubles dissociatifs de la personnalité**
- **Séquelles psychologiques et relationnelles d'abus sexuels et physiques**

Au-delà, **l'amélioration de la qualité de vie** est également un des objectifs du traitement EMDR : « le traitement EMDR, outre la résolution des symptômes invalidants, majore les conduites d'adaptation et l'équilibre du sujet dans son environnement. Il favorise une amélioration de la qualité de vie des patients par des changements patents dans la réalité de la vie quotidienne et soutient des projections positives et optimistes vers l'avenir. » (Martine Iracane, communication personnelle).

TECHNIQUES UTILISEES

En hypnose

Les éléments présentés ci-dessous sont extraits d'une communication sur les bases de l'hypnose et analgésie des Dr Roelants et Watremez au congrès Hypnose et Douleur à La Rochelle, 2014, et du livre Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie (Virost and Bernard 2010). Ils expriment le point de vue de leurs auteurs.

« Les techniques utilisées sont variées et plusieurs batteries de techniques peuvent être utilisées en fonction du type d'hypnose pratiquée.

- En communication hypnotique, seront utilisées des techniques linguistiques ainsi que des techniques relationnelles.
- En hypnose conversationnelle, seront ajoutées des techniques de focalisation.
- En hypnose thérapeutique viendront encore s'ajouter des techniques de dissociation.

Les techniques linguistiques : Il s'agit principalement d'utiliser des mots simples, à consonance positive et de proposer des reformulations.

Par exemple, « ne vous inquiétez-pas » pourra être remplacé par « rassurez-vous » et « ne bougez pas » par « restez tranquille ».

L'utilisation de techniques linguistiques est importante du fait que, si la négation fait sens lorsque le sujet est en conscience critique, elle ne fait plus sens lorsqu'il est en transe (et le patient peut alors entendre l'inverse du message que l'on souhaite transmettre. Cette situation à risque peut se rencontrer en particulier lors de la réalisation d'un soin ou de l'annonce d'un diagnostic, qui peuvent induire des trances négatives chez le patient).

Par ailleurs, il est aussi conseillé de ralentir le rythme, et de faire des pauses afin de permettre au patient de se relaxer et éventuellement de le faire entrer en transe hypnotique et lui faire passer des messages. Parler sur l'expiration du patient (technique du « pacing ») permet également de mieux accompagner le patient. Enfin, il est aussi conseillé d'utiliser une tonalité basse et d'accentuer les mots à connotation positive (technique du « saupoudrage »).

Les techniques relationnelles :

- Respecter la distance avec le patient (qui varie selon les cultures et les contextes)
- Mirroring : renvoyer au patient des gestes et des mots qu'il utilise
- Small talk : commencer par parler d'autre chose, de tout et de rien (*par exemple du temps qu'il fait, en pensant à la fin de la séance à refermer sur le même sujet*)
- Permissivité : il s'agit d'amener le patient à faire certaines choses avec de la permissivité (*par exemple, lorsqu'on souhaite amener le patient à positionner son bras d'une certaine manière : « est-ce qu'en mettant votre bras comme cela vous seriez plus confortable ? »*)

Les techniques de focalisation :

- Par questionnement interne (*par exemple : « comment faites-vous chez vous pour vous détendre ? »*)
- Par focalisation sur un écran
- Par concentration sur la respiration
- Etc.

Les techniques dissociantes : elles ont pour but de désactiver la conscience critique du sujet, généralement soit en focalisant son attention sur un élément précis, soit en créant de la confusion.

Elles se potentialisent les unes les autres (synergie dissociative). On peut citer :

- La catalepsie est définie comme la suspension complète des sensations et des mouvements volontaires, avec aptitude des membres et du tronc à conserver la position qu'on leur donne. En pratique, le praticien va accompagner un segment de membre jusqu'à une position d'équilibre puis le lâcher progressivement,

tout en utilisant des suggestions verbales pour renforcer la catalepsie. L'intérêt de la catalepsie est de générer une dissociation dans le corps (et pas seulement psychique) et d'induire une transe rapidement et de manière stable. Visible, elle permet de plus d'objectiver le processus hypnotique.

- La lévitation. Un mouvement d'un membre est induit par suggestions verbales jusqu'à ce que ce membre s'immobilise en équilibre. Ainsi un sujet peut soulever son bras en ayant la sensation que celui-ci est doté d'une vie autonome, dissocié du reste de son corps et non contrôlé par sa conscience.
- La confusion. Le sujet va se focaliser sur le message ou la situation confuse afin de tenter de le comprendre, et cela va inhiber le fonctionnement de la conscience critique. Cette technique peut entraîner un inconfort pour le patient.
- La réification ou la transformation en chose
- Les métaphores
- Le langage dissociatif : (*« les yeux regardent » au lieu de « vous regardez »*).

Autres techniques :

- Les suggestions : celles-ci peuvent être ouvertes ou fermées. Les suggestions fermées sont des consignes que le patient doit suivre, tandis que les suggestions ouvertes sont beaucoup plus permissives, elles sont des invitations qui laissent le choix au patient.
- Les suggestions peuvent suivre un truisme (l'énoncé d'une évidence) ce qui augmente l'acceptation de la suggestion par le patient.
- Dans le domaine de l'analgésie, les suggestions peuvent être des suggestions directes d'anesthésie (*corps cotonneux, pommade anesthésiante, anesthésie en gant, interrupteur de la douleur...*) ou des suggestions dissociatives, qui éloignent de la douleur (*imaginer qu'une partie du corps ne fait plus partie de soi, transférer la douleur à un autre endroit du corps...*). »

Dans leur ouvrage, les Dr Virot et Bernard rappellent que de manière sous-jacente, trois conditions fondamentales restent nécessaires : la motivation du patient, la coopération du patient et la confiance du patient dans le thérapeute (Virot and Bernard 2010).

Enfin, soulignons également que l'auto-hypnose est une technique qui peut être enseignée au patient. Elle est définie comme « l'auto-induction d'une transe hypnotique en vue de la réalisation d'un objectif déterminé » (Virot and Bernard 2010). Ainsi, le patient apprend comment induire chez lui un état modifié de conscience, à l'aide de techniques simples (par exemple par focalisation de l'attention –en se concentrant sur un point fixe par exemple-, par des exercices respiratoires, de

relaxation, par la lévitation de la main, ou en ayant recours au lieu de sécurité), comment utiliser certains exercices (par exemple : ancrage dans un lieu de sécurité, suggestions de confort, de modifications d'une sensation, d'analgésie etc...) et comment sortir de transe. L'utilisation d'un réveil permet de ne pas dépasser la durée prévue. La pratique régulière est encouragée (un enregistrement audio peut être remis au patient pour l'aider à pratiquer seul), un entraînement régulier est considéré comme étant nécessaire pour maîtriser la technique. Une fois maîtrisée, cette technique permettra au patient de pouvoir se mettre en état d'hypnose même en l'absence d'un thérapeute. Les buts de l'auto-hypnose sont variés : peuvent être recherchés le soulagement d'une douleur, le repos, la prolongation d'effets obtenus par hétéro-hypnose etc... Par exemple lors d'une préparation à l'accouchement, l'auto-hypnose peut être enseignée, afin que la femme puisse y avoir recours le moment venu, même en l'absence d'un hypnothérapeute.

En EMDR

La thérapie EMDR propose un protocole de traitement architecturé en 8 phases et 3 temps (passé, présent et futur), basé sur la désensibilisation et le retraitement des souvenirs responsables de nombreuses problématiques psychiques, physiques, psychosomatiques, comportementales et relationnelles, et d'une perception péjorative du monde. Les éléments du protocole de base sont issus de différents courants thérapeutiques et ont été rassemblés dans une dimension intégrative.

Les mouvements oculaires (MO) viennent soutenir et stimuler les processus associatifs impliqués dans le traitement adaptatif de l'information tout au long des phases du traitement des souvenirs non spontanément et naturellement intégrés (Shapiro 2001). Les mouvements oculaires peuvent être remplacés par des stimulations bilatérales alternées (SBA). En effet, différents types de stimulation oculaires, sonores ou tactiles tendraient vers le même effet.

Le protocole de base standard a donné lieu à de multiples déclinaisons qui répondent à des situations spécifiques (urgences, groupe par exemple), à des pathologies spécifiques (troubles anxio-phobiques, conduites de dépendance...) ou à des populations spécifiques (enfants et adolescents, auteurs d'agressions sexuelles par exemple).

Les 8 phases de traitement sont listées dans le tableau ci-dessous (extrait de (Shapiro 2012) et que nous avons traduit, disponible en anglais sur le lien suivant : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3951033/>).

Vue d'ensemble des 8 phases de traitement de la technique de retraitement et désensibilisation par mouvements oculaires

Etape	Objectif	Procédures
Anamnèse- Diagnostic et planification du traitement	-Recueillir les antécédents/ le contexte -Identifier la pertinence d'un traitement EMDR -Identifier les différentes problématiques du patient -Identifier des cibles/objectifs de traitement à partir d'évènements de la vie du patient selon le protocole standardisé en 3 volets -Evaluer le niveau de stabilité psychologique du patient -Evaluer l'indication de la thérapie EMDR	-Questionnaires standards, psychométrie (à visée diagnostique) -Passer en revue les critères de sélection -Questions et techniques permettant d'identifier 1) les évènements passés ayant favorisé l'émergence de la pathologie, 2) les facteurs déclenchants actuels, 3) les besoins futurs pour orienter la problématique vers sa résolution
Préparation	-Préparer les patients pour les objectifs du traitement	-Information sur les symptômes -Métaphores et techniques favorisant la stabilisation et le développement d'un sentiment de contrôle personnel
Evaluation	-Accéder aux évènements ciblés par le traitement EMDR en stimulant les principaux aspects de la mémoire -Préciser les mesures de base : échelle SUD (Subjective Units of Distress) qui indique le niveau de perturbation émotionnelle et échelle VOC (validity of cognition, côtée de 1 à 7).	-Evoquer l'image, la croyance négative actuelle, la croyance positive désirée, l'émotion actuelle, le ressenti physique et des mesures de base
Désensibilisation	-Effectuer le traitement en visant une résolution adaptative (pas de stress) -Stimuler la libre association	-Protocoles standardisés avec des mouvements oculaires (ou encore avec des tapotements des mains ou des sons) qui permettent l'émergence spontanée de pensées et idées, d'émotions, de ressentis physiques et d'autres souvenirs.
Installation	-Augmenter les connections avec les	-Renforcer la validité de la croyance positive

	réseaux cognitifs positifs	désirée et intégrer totalement les effets positifs aux processus mnésiques
Scan (bilan) corporel	-Compléter avec le traitement de toute perturbation résiduelle associée à l'évènement/l'objet du traitement	-Se concentrer sur et traiter tout ressenti physique résiduel
Clôture (conclusion)	S'assurer de l'état stable du patient à la fin d'une séance d'EMDR et entre les séances	-Utiliser l'imagerie guidée ou des techniques de contrôle de soi si besoin -Informé et s'enquérir des attentes et de l'évolution du comportement du patient entre les séances. -Donner des outils de stabilisation émotionnelle et de contenance pour gérer des émotions perturbantes pouvant émerger dans l'entre deux séances
Réévaluation	-S'assurer du maintien des objectifs thérapeutiques et de la stabilité de l'état du patient au cours du suivi	-Evaluation des effets du traitement -Evaluation de l'intégration du traitement à un niveau plus large (au niveau social)

Des points de convergence existent entre l'EMDR et l'hypnose. En particulier, l'approche hypnotique peut être impliquée et utilisée au cours de la thérapie EMDR pour induire un état modifié de conscience lors de la phase 1 et faciliter l'accès aux souvenirs anciens, offrir un lieu de sécurité au patient lors de la phase de préparation, favoriser la remise en route du traitement adaptatif de l'information lors de la phase de désensibilisation en cas de blocage etc... Par exemple, l'outil hypnotique permet d'engendrer un changement d'état favorable au ressenti de bien-être dans le présent. Ce ressenti de bien-être permet d'être exposé au matériel traumatique tout en gardant contact avec l'ici et maintenant sécuritaire, ce qui évite le risque d'une retraumatisation. Les techniques d'hypnose permettent aussi de renforcer les dimensions de stabilisation du patient qui ne disposerait pas assez de ressources psychologiques pour mobiliser les informations positives nécessaires à l'activation efficiente du traitement adaptatif de l'information.

Des suggestions directes et/ou indirectes, l'emploi de métaphores, les techniques de dissociation, de contenance ou d'apaisement peuvent ainsi être utilisées au cours d'un traitement EMDR.

Néanmoins, lors de la phase de désensibilisation, aucune suggestion n'intervient et le patient ne présente aucun état modifié de conscience. Les lectures des EEG prises au cours de séances d'EMDR montrent un type d'ondes cérébrales correspondant aux paramètres d'éveil normaux.

Pour plus de précisions sur les points de convergence et de divergence entre Hypnose et EMDR, nous invitons le lecteur à se référer à l'annexe.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS ET AVIS DE LA HAS

Les « recommandations de bonne pratique » (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Elles s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La Haute Autorité de Santé évoque l'utilisation de l'hypnose dans différentes recommandations de bonne pratique :

- Pour la prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans, elle indique que l'hypnose peut être un des moyens non pharmacologiques employés en complément des antalgiques ([Douleur aiguë enfants – Recommandations](#)).
- Pour la polyarthrite rhumatoïde, elle indique dans ses [recommandations](#) que « L'efficacité de l'hypnose n'apparaît pas spécifiquement démontrée dans le cadre de la PR, au vu des données actuelles de la littérature ».

Par ailleurs,

- Pour le syndrome fibromyalgique de l'adulte, elle indique dans son [rapport d'orientation](#) que l'intérêt de l'hypnose a été insuffisamment démontré, mais que les recommandations américaines (National Guideline Clearinghouse) et anglaises (Royal College of Physicians, Royal College of Psychiatrists) la proposent en deuxième niveau de prise en charge.
- Pour le sevrage tabagique, elle indique dans son [avis](#) que l'hypnose ne fait pas partie des stratégies d'aide recommandées.

RAPPORT DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

L'Académie Nationale de Médecine, dans son [rapport sur les thérapies complémentaires de Mars 2013](#), souligne l'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur aiguë chez l'enfant

et l'adolescent et dans la prise en charge des effets secondaires des chimiothérapies : « *Dans l'ensemble, les indications les plus intéressantes semblent être la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent et les effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses, mais il est possible que de nouveaux essais viennent démontrer l'utilité de l'hypnose dans d'autres indications* ».

OMS

EMDR et Syndrome de stress post traumatique :

En aout 2013, l'OMS a publié des orientations sur les soins de santé mentale après un traumatisme. Ils recommandent une aide psychologique de première urgence et envisagent d'orienter les patients en état de stress post-traumatique vers des traitements spécialisés tels que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) **ou une nouvelle technique dite de désensibilisation et de retraitement par le mouvement des yeux (EMDR)**. Ils recommandent de renforcer la formation et la supervision en vue de diffuser plus largement ces deux approches. Par ailleurs, ils mettent en garde contre certains traitements courants, tels que la prescription de benzodiazépine pour réduire les symptômes aigus de stress post traumatique (http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/fr/).

En 2007, la HAS a recommandé comme traitement de choix de l'état de stress post traumatique la thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le traumatisme ou l'EMDR (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf).

En 2004, l'expertise collective de l'Inserm [Psychothérapies : 3 approches évaluées](#) rapportait les résultats de 2 premières méta-analyses concluant à l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale et de l'EMDR (considérée comme une variante de la thérapie comportementale d'exposition) sur les symptômes du stress post traumatique. De nouvelles études ont été réalisées depuis, et 2 revues Cochrane récentes ont été publiées, présentées dans la suite de ce rapport.

RECHERCHE

Hypnose

Les publications médicales et scientifiques en hypnose sont très nombreuses. En septembre 2014, Medline, base de référence pour les travaux de recherche d'audience internationale dans le domaine biomédical, référence plus de 10 000 articles avec le Terme Mesh « Hypnoses », dont 439 essais cliniques randomisés (214 depuis 2000).

RECHERCHE CLINIQUE EN FRANCE

Parmi les 82 essais cliniques (dont 25 en cours) enregistrés sur clinicaltrial.gov avec une intervention en hypnose / hypnothérapie, 7 sont localisés en France (dont 5 en cours).

En 2013, l'APHP a communiqué les résultats de son premier appel à projets de recherche sur les médecines complémentaires (2012). Parmi les 4 projets retenus (sur 47 soumis), 2 concernent l'hypnose :

- Un projet d'hypnose dans les douleurs neuropathiques, essai à 3 bras (hypnose, relaxation et contrôle)
- Un projet d'hypnose dans le somnanbulisme grave, essai à 2 bras (hypnose versus relaxation).

Depuis 2010, plusieurs projets ont été retenus dans le cadre des appels à projet PHRI/PHRIP (programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale)¹⁸.

Ainsi, en 2010, parmi les 16 (PHRI) financés retenus, 2 portaient sur l'évaluation de l'hypnose¹⁹:

- Un portait initialement sur l'impact de l'hypnose sur le soulagement de la douleur induite par les pansements en gynécologie ambulatoire (CHU d'Angers). Pour des raisons internes à l'établissement, la thématique de recherche a été modifiée, et le projet actuellement en cours porte sur l'intérêt de l'hypnose dans le traitement des patients atteints de la maladie de Huntington – Etude HypMaHunt. (communications personnelles du Dr Virot et de Mme Lefort, coordonnatrice générale des soins du CHU d'Angers). L'objectif de l'étude est d'évaluer l'effet immédiat d'une prise en charge par hypnose sur l'évolution du score global de qualité de vie (The Huntington's Disease

¹⁸ <http://www.sante.gouv.fr/programme-hospitalier-de-recherche-infirmiere-et-paramedicale-phrip,6777.html>

¹⁹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/resultats_PHRI_2010.pdf

health-related Quality of Life questionnaire HDQoL) de patients atteints de maladie de Huntington symptomatique par rapport à un groupe contrôle (prise en charge de référence sans hypnose).

- Un sur l'impact de l'hypnose préopératoire avant induction anesthésique sur l'anxiété des enfants de 10 à 18 ans (Hôpital Robert Debré, Paris).

En 2011, parmi les 19 PHRIP retenus, 1 portait sur l'intérêt de l'association de deux techniques complémentaires, l'hypnose et la neurostimulation électrique transcutanée dans la prise en charge des douleurs neuropathiques périphériques chroniques et/ou nociceptives non cancéreuses : essai randomisé (AP-HP).

En 2013, parmi les 20 PHRIP retenus, 1 portait sur l'hypnose : Influence de l'hypnose éricksonienne et de la pratique de l'autohypnose sur l'impulsivité alimentaire et la perte de poids du patient obèse— Projet pilote (AP-HP).

En 2014, parmi les 28 PHRIP sélectionnés, 1 portait sur l'hypnose : Impact des techniques de médecines complémentaires (toucher thérapeutique et hypno analgésie) sur le terme d'accouchement des patientes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré (MAP). (APHP).

Par ailleurs, des études sont réalisées dans divers établissements. Elles ne seront pas présentées dans notre revue de la littérature (car elles ne respectent pas nos critères d'inclusion en terme de randomisation et/ou d'effectif), mais elles témoignent néanmoins d'un intérêt croissant pour la recherche dans ce domaine. Nous pouvons citer par exemple les études suivantes, qui faisaient partie des études présentées au congrès Hypnose et Douleurs organisé en Mai 2014 à La Rochelle par l'Institut Emergences :

- Essai contrôlé sur la prise en charge de la douleur par hypnose lors de l'ablation de drains thoraciques (≥ 3 drains par patients), à l'infirmerie protestante de Lyon (Mme Naulin). Cet essai réalisé sur 60 patients, bénéficiant d'une prise en charge par hypnose ou non selon la formation de leur infirmier(e) référent(e) n'a pas retrouvé de différence significative entre les groupes sur l'intensité douloureuse mais a retrouvé une différence statistiquement significative sur l'évaluation du souvenir à J3, celui-ci étant plus souvent agréable dans le groupe hypnose par rapport au groupe contrôle (souvenir agréable à J3 chez 86,7% des patients du groupe hypnose versus 23,3% des patients du groupe soins standards ; $p < 0,0001$).

- Essai contrôlé sur la prise en charge de la douleur par hypnose lors de l'ablation d'un drain de redon, à l'infirmerie protestante de Lyon (M. Dugand). Cet essai réalisé sur 60 patients, bénéficiant d'une prise en charge par hypnose ou non selon la formation de leur infirmier(e) référent(e) a également retrouvé une différence statistiquement significative sur l'évaluation du souvenir à J1, celui-ci étant plus souvent agréable dans le groupe hypnose (dans 81% des cas) que dans le groupe contrôle (dans 40% des cas).
- Impact of a Hypnotically-based Intervention in Women undergoing Labour (Impact d'une intervention hypnotique sur les femmes en travail) (Dr Waisblat, GHI Le Raincy-Montfermeil), ayant fait l'objet d'un article (soumission en cours²⁰) et dont voici le résumé :

- ✓ Introduction : L'objectif de l'étude était d'évaluer l'impact d'une intervention hypnotique combinant 3 éléments : le balancement du haut du corps, le toucher de la nuque et la communication hypnotique sur les douleurs et la peur des femmes en travail devant bénéficier d'une analgésie péridurale.
- ✓ Méthode : 16 anesthésistes, 8 formés à l'hypnose et 8 non, devaient inclure chacun 10 femmes en travail ayant des douleurs de contractions $\geq 4/10$ sur une échelle numérique simplifiée. L'intensité des douleurs des contractions ainsi que la peur de la ponction péridurale ont été noté avant, pendant et après les interventions, qui comprenaient soit: (1) le balancement de la patiente, le toucher de la nuque et la communication standard ou soit (2) le balancement de la patiente, le toucher de la nuque et la communication hypnotique.
- ✓ Résultats: 155 femmes ont été incluses. Dans les 2 groupes, le mouvement de balancement avant la pose de la péridurale a réduit significativement à la fois la douleur des contractions et la peur de la ponction péridurale. Ensuite, les femmes qui ont bénéficié du toucher de la nuque et de la communication hypnotique ont rapporté une amélioration supplémentaire (c.à.d. une diminution) significative des douleurs et de la peur, contrairement aux femmes qui ont reçu le toucher de la nuque et la communication standard.
- ✓ Conclusion : L'intervention qui a associé le mouvement de balancement, le toucher de la nuque et la communication hypnotique est un moyen plus efficace pour réduire les douleurs et la peur des femmes en travail que l'intervention qui comprend la communication standard. Des études

²⁰ De plus, les résultats de ce travail ont été présentés sous forme de poster aux congrès de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR) Paris, septembre 2012, de l'American Society of Anesthesiology (ASA) Washington DC, USA, octobre 2012, ainsi qu'aux congrès Emergences La Rochelle, mai 2014, et à la European Society of Hypnosis (ESH) octobre 2014, Sorrento, Italie.

supplémentaires pour continuer à évaluer l'efficacité et les mécanismes de cette intervention sont nécessaires.

Enfin, au 5 Mars 2015, le catalogue des thèses de la bibliothèque interuniversitaire de médecine-odontologie recense 108 thèses de médecine ou odontologie portant spécifiquement sur l'hypnose (dont 36 depuis 2010).

REVUES EN HYPNOSE

Il existe des revues référencées sur Pubmed dédiées à l'Hypnose :

- The American Journal of clinical Hypnosis
- International Journal of clinical and experimental hypnosis
- Contemporary Hypnosis
- Contemporary Hypnosis and integrative therapy

D'autres revues anglophones, non référencées sur Pubmed, existent, telles que :

- European Journal of clinical Hypnosis

Enfin, des revues francophones existent :

- Hypnose et thérapies brèves (revue internationale de langue française)

EMDR

Le présent rapport se limite à l'évaluation de l'EMDR dans la prise en charge du syndrome de stress post traumatique. Il est néanmoins intéressant de préciser que de plus en plus d'indications font l'objet d'essais cliniques en EMDR, en particulier les phobies et troubles anxieux, les douleurs chroniques, les addictions, les troubles bipolaires, et plus récemment les psychoses.

Ainsi, le registre clinicaltrials.gov recense actuellement 15 essais cliniques en cours sur l'EMDR portant sur le SSPT ou une des indications mentionnées ci-dessus.

En France, nous pouvons citer le laboratoire de psychologie de la santé de l'Université de Lorraine-pôle de Metz (Pr Elisabeth Spitz et Pr Cyril Tarquinio), qui est actif dans la recherche en EMDR, en particulier dans les domaines du cancer et de la douleur.

Une bibliographie complémentaire (présentée en annexe), incluant des études portant sur d'autres indications que le SSPT, nous a été transmise par Martine Iracane (pour le bureau de l'association EMDR France) et nous invitons le lecteur intéressé à s'y référer.

REVUES EN EMDR

Des revues spécialisées existent, nous pouvons citer le journal anglophone suivant (non référencé sur Pubmed) :

- Journal of EMDR Practice and Research

GLOSSAIRE

Glossaire des instruments d'évaluation les plus souvent utilisés dans les essais cliniques reportés dans la suite du rapport.

BPRS : Brief psychiatric rating scale ou échelle de cotation psychiatrique brève. Il s'agit d'une procédure d'évaluation rapide destinée à évaluer les changements de symptômes chez les patients psychiatriques. Elle comprend une description précise et complète des symptômes caractéristiques majeurs.

EVA : Echelle Visuelle Analogique utilisée pour l'évaluation de l'intensité de la douleur. L'échelle visuelle analogique est graduée de 0 à 100, les extrêmes correspondant à l'absence de douleur et à une douleur insupportable. Elle ne comporte pas de mots autres que ceux figurant aux extrémités. L'intensité de la douleur est mesurée en mm. L'EVA peut se représenter sur papier ou sous la forme d'une réglette graduée de 0 à 100. Le patient indique le niveau de sa douleur en traçant un trait sur la ligne (forme papier) ou en déplaçant un curseur le long de cette ligne (réglette mécanique).

EN : Echelle numérique utilisée pour l'évaluation de l'intensité de la douleur. Il existe plusieurs types d'échelles numériques, généralement avec une numérotation de 0 à 10 ou de 0 à 100. Le patient doit attribuer un chiffre à l'intensité de sa douleur, 0 étant l'absence de douleur et 10 ou 100 la douleur maximale imaginable.

GSRS-IBS : (gastrointestinal symptom rating scale : irritable bowel syndrome). Auto questionnaire composé de 13 items avec échelles de Lickert cotées de 1 à 7 et recouvrant 5 grands domaines : douleur abdominale, ballonnement, constipation, diarrhée et satiété.

Hot Flash related daily interference scale : Il s'agit d'une échelle à 10 items. 9 items mesurent le degré d'interférence des bouffées de chaleur avec 9 activités de la vie quotidienne, le 10^{ème} mesure le degré d'interférence des bouffées de chaleur avec la qualité de vie en général. Les sujets doivent attribuer un score de 0 (pas d'interférence) à 10 (interférence majeure) pour chacun des items. Un score global (somme des scores aux différents items) est obtenu.

IBS-IS : (irritable bowel syndrome impact scale) échelle mesurant l'impact du syndrome de l'intestin irritable sur différentes dimensions de la vie quotidienne. Cette échelle regroupe 26 items répartis en 5 catégories : fatigue, activités quotidiennes, sommeil, état émotionnel et habitudes alimentaires.

MMPI : inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota. Le MMPI permet une évaluation fine d'éléments caractéristiques de la personnalité dans ses aspects normaux et pathologiques, structurels et prospectifs.

Mc Gill pain questionnaire (MPQ) : Le MPQ est constitué de 20 groupes de mots qui décrivent diverses caractéristiques de la douleur. Chaque mot est associé à un score. L'intensité douloureuse est corrélée au nombre de mots choisis et à la somme des nombres correspondant aux mots choisis (score total).

STAI : State Trait Anxiety Inventory. L'inventaire d'anxiété état-trait est un auto-questionnaire destiné à évaluer d'une part l'anxiété-trait et d'autre part l'anxiété-état au travers de 20 items évaluant les aspects psychologiques (et non somatiques) de l'anxiété. Chacune des échelles comprend 20 propositions, l'échelle « état » permet d'évaluer ce que les sujets ressentent sur le moment, l'échelle « trait » d'évaluer ce que les sujets ressentent généralement. Chaque réponse à une proposition du questionnaire correspond à un score de 1 à 4. Les scores totaux varient entre 20 et 80, 20 correspondant à un niveau d'anxiété très bas, et 80 à un niveau d'anxiété très élevé. Un Cut off de 40 est en général utilisé pour indiquer un niveau élevé d'anxiété.

METHODOLOGIE

Revue de la littérature sur l'hypnose

La littérature scientifique et médicale comprend des centaines d'essais cliniques évaluant l'hypnose (toute forme d'hypnose, qu'elle soit utilisée à visée antalgique, sédative ou psychothérapeutique). Plus de 300 essais contrôlés randomisés et plus de 80 revues systématiques ou méta-analyses sont indexés dans la base de données Medline sous le mot clef « hypnosis [MeSH Major Topic] ».

La Collaboration Cochrane, organisation internationale sans but lucratif, conçoit et maintient à jour des revues systématiques d'essais randomisés sur les traitements de soins de santé. Les revues Cochrane sont internationalement reconnues pour leur qualité (Jadad, Cook et al. 1998) (Olsen, Middleton et al. 2001) (Moher, Tetzlaff et al. 2007) (Popovich, Windsor et al. 2012). Elles emploient des méthodes exhaustives pour collecter toutes les sources de données pertinentes et les mises à jour sont régulières. Leur qualité et leur fiabilité sont généralement plus élevées que celles des autres revues systématiques car elles suivent des procédures particulièrement rigoureuses, explicites et prédéfinies via la publication des protocoles à l'avance. Enfin, le mode de financement de la collaboration Cochrane leur permet de se dégager de conflits d'intérêt qui auraient le potentiel de déformer ou d'amplifier les résultats.

Nous avons appuyé notre rapport sur une revue des revues systématiques de la « Cochrane database of systematic reviews » sur l'hypnose. Pour cela, nous avons interrogé la base de données Cochrane, via leur moteur de recherche jusqu'au 1er Juin 2014. Toutes les revues Cochrane dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité de l'hypnose – quelle que soit la forme d'hypnose et qu'il y ait ou non cointervention- ont été incluses. Les revues ont été exclues si elles n'étaient pas spécifiquement axées sur l'hypnose, mais incluaient l'hypnose parmi plusieurs autres interventions évaluées.

6 revues Cochrane ont ainsi été identifiées, elles seront présentées en détail ci-après, et analysées en fonction des forces/biais méthodologiques des études composant les revues. Les revues s'intéressaient à l'hypnose pour la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement (Madden, Middleton et al.), l'hypnose pendant la grossesse, l'accouchement, la période postnatale en prévention de la dépression du postpartum (Sado, Ota et al.), l'hypnose pour

les enfants devant subir des soins dentaires (Al-Harasi, Ashley et al.), l'hypnose dans la schizophrénie (Izquierdo de Santiago and Khan 2007), l'hypnothérapie pour le sevrage tabagique (Barnes, Dong et al.), l'hypnothérapie pour le traitement du syndrome de l'intestin irritable (Webb, Kukuruzovic et al. 2007). Par ailleurs, 5 protocoles ont été établis mais les résultats des revues ne sont pas encore disponibles : l'hypnose pour prévenir le travail prématuré, l'hypnose pour l'induction du travail, l'hypnose pour soulager l'anxiété des adultes au cours des soins dentaires, l'hypnose clinique en cas de douleur aiguë chez l'adulte, l'hypnose clinique pour les douleurs chroniques chez l'adulte.

Pour les 6 indications étudiées par les revues Cochrane, nous présenterons les éventuels essais contrôlés randomisés postérieurs à la revue qui permettront de compléter les données.

Pour les autres indications (non traitées par les revues Cochrane), nous présenteront une revue systématique des essais comparatifs randomisés évaluant des traitements utilisant l'hypnose (toute forme d'hypnose) à visée antalgique, sédative ou psychothérapeutique et qui respectent les conditions suivantes :

- Design : Etude contrôlée, randomisée (en ouvert ou en aveugle).
- Effectif : Au moins 100 sujets inclus.
- Population : Patients (quels que soient la pathologie et l'âge). Les essais étudiant les effets de l'hypnose sur des sujets sains n'ont pas été inclus.
- Intervention : Nous avons inclus les essais étudiant les interventions en hypnose. Ces interventions peuvent inclure une intervention isolée en hypnose ou combinée avec d'autres interventions (traitement standard, autre thérapie non conventionnelle, conseils...), à condition que la seule différence d'intervention entre les groupes comparés soit l'intervention en hypnose. Nous n'avons pas retenu les essais comparant une intervention combinée (hypnose + autre traitement actif) versus un contrôle sans traitement actif. Nous n'avons pas non plus retenu les essais comparant deux techniques d'hypnose supposées efficaces, sans comparaison à un 3^{ème} groupe contrôle.

Ces traitements doivent être comparés à un contrôle sans traitement, un placebo et/ou à un autre traitement actif ou co-intervention.

- Langue de publication : en anglais ou en français
- Date de publication : entre le 01/01/2000 et le 01/06/2014

Afin d'identifier ces essais, nous avons interrogé la base de données MEDLINE, via le moteur de recherche PUBMED du 01/01/2000 jusqu'au 1^{er} Juin 2014. Cette base de données est la base de référence pour les travaux de recherche d'audience internationale dans le domaine biomédical. L'interrogation se composait de la requête : hypnoses[Mesh] AND (Randomized

Controlled Trial[ptyp] AND ("2000/01/01"[PDAT] : "2014/06/01"[PDAT]) AND (English[lang] OR French[lang])). Cette requête aboutissait à 209 références. Après sélection sur titre/résumé/article, 21 articles ont été retenus. 2 étaient déjà traités dans les revues Cochrane. Les 19 articles restant correspondaient à 15 ECRs.

Les listes de références citées dans les articles sélectionnés ont été consultées, et la bibliographie transmise par les hypnothérapeutes a permis de recenser deux articles supplémentaires : un ECR sur le sevrage tabagique (Hasan, Zagarins et al.) et un article complémentaire à un des essais préalablement identifiés rapportant une analyse médico-économique (Lang and Rosen 2002).

Au final, en plus des 6 revues Cochrane, 21 articles ont été retenus pour notre revue de la littérature présentée ci-après, correspondant à 16 ECRs.

Enfin, par souci d'exhaustivité, et compte tenu du fait que la littérature médicale scientifique internationale impose des critères d'excellence décourageant nombre de cliniciens pourtant soucieux d'évaluer leurs pratiques, nous avons étendu notre sélection à la littérature publiée dans les réseaux spécialisés. Pour cela nous avons pris contact avec des responsables d'écoles et d'associations d'hypnose, et avec les responsables de DU/ DIU afin qu'ils puissent nous faire part des documents qu'ils jugeaient informatifs sur l'évaluation de l'hypnose. Nous ont fait part de documents :

- Dr JM Benhaïem
- Dr L Bordenave
- Dr B Suarez

Hormis 2 articles, les travaux transmis ne correspondaient pas à nos critères de sélection pour les inclure dans notre revue détaillée de la littérature, ce qui ne préjuge en rien de la qualité de ces travaux par ailleurs. En particulier, il est important de souligner que certaines indications de l'hypnose sont des pathologies rares, pour lesquelles des ECRs de grande taille sont difficiles à réaliser. Ainsi, il nous a été transmis des articles sur l'alopecie auto-immune ou le syndrome de Gilles de la Tourette. Dans le cas de l'alopecie auto-immune, une étude observationnelle (n=24) montrait une amélioration significative de l'alexithymie, de l'anxiété, de la dépression et plus généralement du bien-être des patients qui avaient bénéficié de 10 séances d'hypnose, et l'effet perdurait 6 mois après la fin du traitement (Willemsen, Haentjens et al.). Dans le cas du syndrome de Gilles de la Tourette, une étude observationnelle (n=33) s'intéressait à l'utilisation de l'auto-hypnose (avec un protocole incluant le visionnage d'une série de vidéos montrant la formation d'un

jeune patient à l'utilisation de l'auto-hypnose). 79% des patients avaient présenté une réponse clinique favorable (contrôle des tics durant la période de suivi de 6 semaines) après 2 séances (pour 46% des patients répondeurs), 3 séances (50%) ou 4 séances (4%) (Lazarus and Klein).

Par ailleurs, il faut également mentionner que l'hypnose est utilisée de plus en plus en pédiatrie (notamment en hypnoalgésie et en hypnosédation), mais les contraintes des essais cliniques en pédiatrie rendent plus difficile la réalisation d'essais de grande taille correspondant à nos critères d'inclusion. C. Wood et A. Bioy ont réalisé une revue sur Hypnose et douleur chez l'enfant (Wood and Bioy 2008), qui met en exergue que les enfants sont particulièrement répondeurs à l'hypnose et que plusieurs travaux ont montré un intérêt de celle-ci pour diminuer la douleur et l'anxiété lors de gestes médicaux (comme une ponction de moelle osseuse par exemple) ou pour diminuer l'anxiété lors d'une opération chirurgicale. De plus, une revue Cochrane ayant évalué les interventions psychologiques contre la douleur et la détresse de procédures impliquant des aiguilles chez les enfants et adolescents (Uman, Birnie et al.) avait conclu à une efficacité de la distraction et de l'hypnose pour réduire la douleur et la détresse expérimentées lors de telles procédures. Sur les 39 essais inclus dans la revue, 7 concernaient l'hypnose, et celle-ci apparaissait efficace à la fois sur la douleur (5 essais, N=176) et sur la détresse (5 essais, N=176) et était jugée particulièrement intéressante par les auteurs pour les procédures plus invasives (telle que la ponction lombaire).

Enfin, l'hypnose se développe aussi dans le domaine des soins de support (cf. en annexe la bibliographie transmise par le Dr Bordenave). Les articles transmis, qui ne répondaient pas à nos critères de sélection (car effectif trop faible ou car évaluation conjointe de l'hypnose et d'une co-intervention), soulignaient pour l'un l'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge des bouffées de chaleur associées au cancer du sein (Elkins, Marcus et al. 2008), et pour l'autre l'intérêt de l'hypnose utilisée conjointement à une thérapie cognitivo comportementale pour diminuer la fatigue associée à la radiothérapie (Montgomery, Kangas et al. 2009).

Nous invitons le lecteur qui souhaite en savoir plus à se référer aux bibliographies transmises, disponibles en annexe.

Revue de la littérature sur l'EMDR dans la prise en charge du syndrome de stress post traumatique

Nous avons appuyé notre rapport sur une revue des revues systématiques de la « Cochrane database of systematic reviews » sur l'hypnose. Pour cela, nous avons interrogé la base de données Cochrane, via leur moteur de recherche jusqu'au 1er Juin 2014. Toutes les revues Cochrane dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité de l'EMDR dans la prise en charge du syndrome de stress post

traumatique—qu’il y ait ou non cointervention- ont été incluses. Nous avons conservé les revues qui n’étaient pas spécifiquement axées sur l’EMDR, mais incluaient l’EMDR parmi d’autres interventions évaluées.

Deux revues ont ainsi été identifiées : une évaluait l’effet des prises en charges psychothérapeutiques dans le SSPT chez l’adulte (Bisson, Roberts et al.), et l’autre chez l’enfant et l’adolescent (Gillies, Taylor et al.).

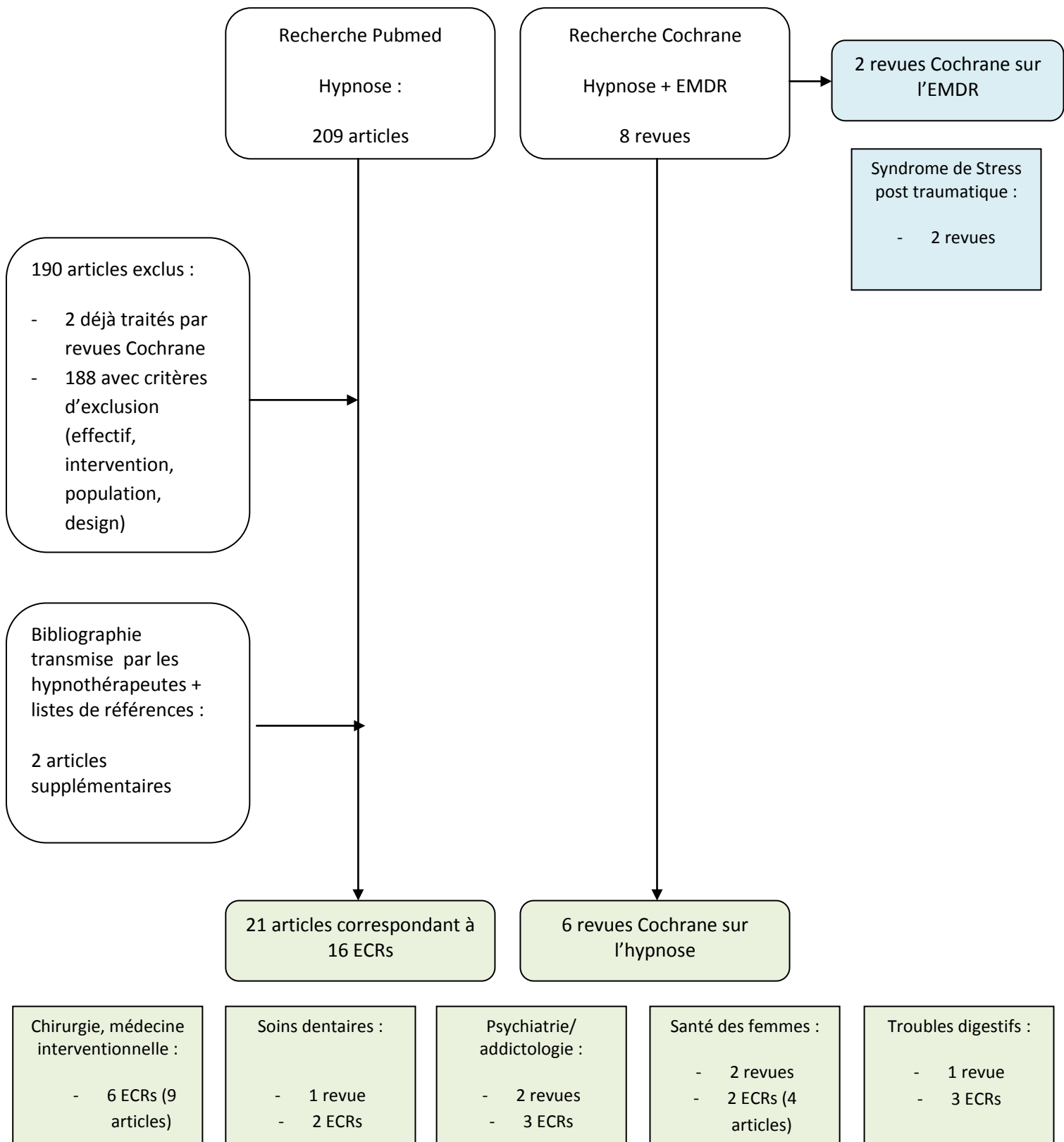
Afin de compléter notre revue de la littérature, nous avons également recherché les essais contrôlés randomisés ultérieurs à ces revues Cochrane qui respectaient les critères suivants :

- Design : Etude contrôlée, randomisée (en ouvert ou en aveugle).
- Effectif : Au moins 100 sujets inclus.
- Population : Patients (quels que soient la pathologie et l’âge).
- Intervention : essais étudiant les interventions en EMDR, avec ou sans cointervention.

Nous n’avons identifié aucun ECR correspondant à ces critères.

Nous présenterons les résultats des revues Cochrane au sein de notre revue générale sur l’hypnose, à la suite d’un ECR évaluant une intervention d’hypnose dans la prise en charge du SSPT.

Arbre de sélection des articles sélectionnés en Hypnose et en EMDR



DESCRIPTION DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE IDENTIFIÉE

Les études cliniques contenues dans les articles sélectionnés ont toutes été rapportées dans la suite du chapitre. Les résultats de ces articles ont été analysés en fonction des forces/biais méthodologiques des études.

Il existe une grande diversité dans l'origine géographique des 16 essais :

- Amérique du Nord : Etats-Unis (n=7) (Elkins, Fisher et al. ; Hasan, Zagarins et al. ; Mackey ; Lang, Benotsch et al. 2000; Lang, Berbaum et al. 2006; Montgomery, Bovbjerg et al. 2007; Lang, Berbaum et al. 2008), Canada (n=1) (Marc, Rainville et al. 2008)
- Europe : Allemagne (n=1) (Eitner, Bittner et al.), Danemark (n=2) (Werner, Uldbjerg et al. ; Moore, Brodsgaard et al. 2002), Autriche (n=1) (Moser, Tragner et al.), Royaume-Uni (n=1) (Calvert, Houghton et al. 2002), Suisse (n=1) (Dickson-Spillmann, Haug et al.), Suède (n=1) (Lindfors, Unge et al.)
- Asie : Indonésie (n=1) (Lesmana, Suryani et al. 2009)

Ces études ont été principalement publiées dans des revues spécialisées selon l'indication étudiée : des revues de gynécologie-obstétrique pour la santé des femmes (BJOG, Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavia, Menopause...), des revues de gastro-entérologie pour les études sur le syndrome de l'intestin irritable (American Journal of Gastro Enterology...), des revues sur la douleur (Pain), la radiologie interventionnelle (Journal of vascular and interventional radiology). Enfin, 1 article a été publié dans le Lancet. Seul un petit nombre d'articles (n=3) a été publié dans des revues spécialisées en hypnose (American Journal of Clinical Hypnosis ; International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis) ou en médecines complémentaires (Complementary Therapies in Medicine).

Les tailles d'échantillon variaient de 100 à 1222 sujets ; le suivi des patients d'aucun suivi (suivi limité à la durée de l'intervention chirurgicale ou de la procédure invasive dans certains essais) à 2 ans de suivi.

On retrouvait 5 grands groupes d'indications :

- santé des femmes (utilisation de l'hypnose en préparation à l'accouchement, en traitement des bouffées de chaleur associées à la ménopause) (Elkins, Fisher et al. ; Werner, Uldbjerg et al.)

- troubles digestifs (syndrome de l'intestin irritable et dyspepsie) (Lindfors, Unge et al. ; Moser, Tragner et al. ; Calvert, Houghton et al. 2002)

- chirurgie, médecine interventionnelle (Mackey ; Lang, Benotsch et al. 2000; Lang, Berbaum et al. 2006; Montgomery, Bovbjerg et al. 2007; Lang, Berbaum et al. 2008; Marc, Rainville et al. 2008)

- psychiatrie et addictologie : hypnose utilisée dans la prise en charge du syndrome de stress post traumatique et dans le sevrage tabagique (Dickson-Spillmann, Haug et al. ; Hasan, Zagarins et al. ; Lesmana, Suryani et al. 2009)

- soins dentaires (Eitner, Bittner et al. ; Moore, Brodsgaard et al. 2002)

Les interventions en hypnose étaient variées et dépendaient beaucoup des indications.

Pour l'utilisation de l'hypnose lors des interventions chirurgicales ou actes invasifs, les modalités allaient de l'écoute d'un CD d'hypnose standardisé à l'accompagnement personnalisé par un hypnopraticien pendant toute la durée de l'intervention.

Pour les autres indications, le suivi pouvait être proposé de manière individuelle ou en groupe, le nombre de séances était variable (de 1 à 12), leur durée également, et les séances pouvaient être standardisées selon un script ou personnalisées selon chaque patient. Dans certains cas, il s'agissait d'une préparation utilisant l'hypnose et entraînant les participants à l'auto-hypnose (comme dans le cas de la préparation à la naissance (Werner, Uldbjerg et al.)).

Les interventions étaient comparées à des traitements de nature et d'efficacité très variables :

- prise en charge habituelle
- traitement médicamenteux (+ ou – hypnose)
- liste d'attente
- relaxation
- attention structurée
- thérapie de soutien
- thérapie de groupe
- CD de musique relaxante

Les critères de jugement principaux pouvaient être rapportés par les patients: évaluation de la douleur, évaluation de l'anxiété, consommation tabagique, symptomatologie (bouffées de chaleur, symptomatologie digestive etc...)

Ils étaient très souvent couplés à des critères objectifs, des analyses biologiques ou des enregistrements : recours à la péridurale, consommation médicamenteuse requise pendant l'intervention, analyse toxicologique d'urine, enregistrement de la conduction cutanée...

En hypnose, le patient ne peut être en aveugle du traitement qu'il reçoit. Cependant, dans une étude, l'intervention reçue n'était révélée qu'à la fin de celle-ci (Dickson-Spillmann, Haug et al.).

De même, le praticien ne peut être en aveugle du traitement qu'il délivre. Par contre, dans un certain nombre de situations, d'autres intervenants (chirurgiens, sages-femmes, anesthésistes...) délivrent l'intervention qui est évaluée et peuvent ne pas être au courant des traitements alloués aux patients, soit car celle-ci a lieu après l'intervention en hypnose, soit car des dispositions sont prises pour isoler l'hypnothérapeute des autres intervenants. Par exemple, dans l'étude de (Werner, Uldbjerg et al.), les sages-femmes en charge de l'accouchement ne savaient pas quelle préparation avaient reçu les femmes qu'elle accompagnaient ou dans l'étude de (Lang, Benotsch et al. 2000) les chirurgiens ne pouvaient distinguer quelle intervention recevait le patient opéré, du fait de la présence d'un bouclier transparent les séparant de l'hypnothérapeute, qui délivrait soit une intervention en hypnose soit un contrôle « attention structurée » que le chirurgien ne pouvait entendre.

Il est par contre primordial que l'évaluation (hormis l'auto-évaluation) soit réalisée en aveugle. Or, ce n'était pas le cas de toutes les études : dans l'étude de (Lang, Berbaum et al. 2008), l'hypnothérapeute jouait également le rôle de l'évaluateur, ce qui induit des biais importants.

Enfin, rappelons que les essais décrits ci-dessous n'ont pas été conçus avec un protocole du type essai d'équivalence ou de non infériorité. Ce qui implique que lorsque ces essais ne montrent pas de supériorité d'un traitement par rapport à un autre, cela ne permet en général pas de conclure que les traitements sont équivalents. En effet, dans ce type d'essais, l'absence de preuve d'une différence, ne veut pas dire preuve d'équivalence car cette absence de différence observée entre les traitements peut correspondre à différentes situations : les deux traitements sont également efficaces, les deux traitements sont également inefficaces ou bien les traitements ont une efficacité différente mais le hasard a fait que cette différence n'a pas pu être mise en évidence.

SANTE DES FEMMES

Deux revues Cochrane et 2 essais seront présentés.

Utilisation de l'hypnose pendant le travail et l'accouchement

Une revue Cochrane s'est intéressée à l'hypnose pour la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement (Madden, Middleton et al.), ainsi qu'un essai ultérieur à la revue, ayant donné lieu à 3 articles (Werner, Uldbjerg et al. ; Werner, Uldbjerg et al. ; Werner, Uldbjerg et al.).

(Madden, Middleton et al.)

Revue	Indication	Nombre d'ECRs (Effectif Total)	Comparaisons comprises dans les critères d'inclusion	Critères de jugement (principaux)	Résultats principaux	Conclusion des auteurs cf. « Implications for practice »
(Madden, Middleton et al.) Australie 2012	Prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement	7 essais (N=1213) -réellement randomisés - et quasi randomisés (2)	Intervention : préparation à l'accouchement utilisant l'hypnose et/ou utilisation de l'hypnose pendant le travail (avec ou sans cointervention) Comparateur : - Pas de traitement - Placebo - Autres interventions	-Utilisation de méthode antalgique pharmacologique ou d'anesthésie pendant le travail/l'accouchement -Satisfaction quant au soulagement de la douleur -Naissance par voie basse spontanée	Versus tout type de contrôle , les méta analyses ne montraient pas de différence significative de l'hypnose ni sur le taux de satisfaction ni sur le taux de naissances par voie basse spontanées. Les méta analyses montraient une tendance (non significative) à une moindre utilisation de médicaments antalgiques ($p=0,06$, RR 0,63 IC ₉₅ [0,39-1,01], 6 études, 1032 femmes).	A ce jour, le nombre d'études évaluant l'hypnose pour la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement reste insuffisant. Bien que l'hypnose semble offrir des perspectives intéressantes, des études complémentaires de haute qualité sont nécessaires avant de pouvoir formuler des recommandations cliniques.

Suite à cette revue, Werner et son équipe ont réalisé un essai qui a donné lieu à 3 publications
(Werner, Uldbjerg et al.), (Werner, Uldbjerg et al.) et (Werner, Uldbjerg et al.)

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Werner 2012 BJOG Werner 2013 Acta Obstetrica et Gynecologia Werner 2013 Birth issues in perinatal Care				
-RCT - 3 groupes - en simple aveugle. -Contrôle : Un groupe de comparaison actif et un groupe contrôle -Estimation du nombre de sujets nécessaires : 1097 patients (446 dans les 2 groupes actifs et 226 dans le groupe contrôle) - Randomisation : Centralisée (système de randomisation par réponse téléphonique générée par un programme informatique), par bloc de 2, 4 ou 6. -Recrutement de Juillet 2009 à Aout 2011 Agrément du comité d'éthique scientifique de la région du Jutland central. (n°M-200080200) Hôpital Universitaire d'Aarhus, Danemark	-Suivi : 6 mois Mesures : -à l'inclusion : attentes concernant l'accouchement (W-DEQ A), WHO-5 wellbeing questionnaire, ten-item perceived stress scale, -pendant le travail et l'accouchement : recours à la péridurale, durée du travail, outcomes maternels et néonataux -6 semaines post partum : questionnaire sur la douleur pendant le travail et l'accouchement, l'allaitement, l'expérience de l'accouchement (W-DEQ B). -6 mois post partum : questionnaire sur l'allaitement, la difficulté de prodiguer des soins au bébé, la préférence pour un prochain accouchement.	Sujets : femmes enceintes >=18 ans, grossesse non compliquée, nullipare, absence de pathologie chronique, parlant et comprenant le danois. Recrutement par invitation et par annonces (affiches...). Randomisation : 1222 sujets -groupe hypnose : 497 -groupe relaxation : 495 -groupe contrôle : 230 Analyse: 1217 sujets -groupe hypnose : 493 -groupe relaxation : 494 -groupe contrôle : 230 (les sujets exclus l'ont été pour non-respect des critères d'inclusion) Analyse sur le W-DEQ : -groupe hypnose : 485 -groupe relaxation : 482 -groupe contrôle : 222 (28 sujets n'ont pas complété le questionnaire)	3 groupes : -Groupe hypnose : 3 classes d'1 heure sur 3 semaines consécutives. Programme enseigné par 2 sages-femmes formées à l'hypnose. Inclusion de 3 enregistrements audio pouvant être écoutés à domicile dont une section de 20 minutes entièrement consacrée au travail. -Groupe relaxation : programme composé de 3 classes d'1 heure, proposé par les mêmes sages-femmes que le groupe hypnose. Techniques de relaxation, de conscience du corps et de pleine conscience. Inclusion également de 3 enregistrements audio pour un entraînement à domicile. -Groupe contrôle : prise en charge habituelle (2 échographies, 4 ou 5 consultations de suivi, visite de la maternité).	Principal: -recours à la péridurale Secondaires : Rapportés par la patiente : -douleur rapportée par la patiente pendant le travail et l'accouchement. Evaluée 6 semaines post partum. -allaitement : difficultés à la mise en route (oui/non) et durée Evalué 6 semaines et 6 mois post partum - difficulté de prendre soin de son bébé. Evalué 6 mois post partum -préférence pour un prochain accouchement (voie basse/césarienne/ne sait pas). Evaluée 6 mois post partum -expérience de l'accouchement : Wijmas delivery expectancy/experience questionnaire (W-DEQ). Mesurée 6 semaines post partum Observés /hétéroévalués: -durée du travail -durée de la phase de poussée et d'expulsion -césarienne programmée -césarienne en urgence -poids de naissance -score Apgar à 5 minutes -admission en néonatalogie

L'équipe de Werner a cherché à évaluer l'efficacité de l'auto-hypnose (avec préparation anténatale) dans la prise en charge de la douleur liée au travail et à l'accouchement. Ils ont randomisé 3 groupes de patientes : un groupe avec une préparation prénatale constituée de 3 séances d'hypnose (en groupe), un groupe avec une préparation prénatale constituée de 3 séances de relaxation et un groupe contrôle avec une prise en charge habituelle (suivi prénatal avec visite de la maternité sans préparation spécifique).

Le critère de jugement principal était le recours à la péridurale. Dans les critères de jugement secondaires, on retrouvait la douleur éprouvée par la patiente, des outcomes relatifs à la mère et à l'enfant (durée de l'accouchement, complications, allaitement...) ayant fait l'objet d'un second article, et enfin l'expérience de l'accouchement rapportée par les mères, ce qui a fait l'objet d'un troisième article.

Les sages-femmes présentes à l'accouchement n'étaient pas informées de la préparation reçue par la femme (hypnose, relaxation ou standard). L'aveugle côté soignants a été testé en recueillant l'estimation des sages-femmes sur la préparation reçue par les femmes qu'elles accompagnaient immédiatement après l'accouchement (estimation recueillie dans 59,8% des cas). Les sages-femmes proposaient une estimation juste dans 31,5% des cas parmi les femmes du groupe hypnose, 38% des cas dans le groupe contrôle, et 58,4% des cas dans le groupe relaxation.

L'analyse a été réalisée en intention de traiter. Le recours à la péridurale était de 31,2% dans le groupe hypnose, 29,8% dans le groupe relaxation et 30,0% dans le groupe contrôle (ns).

Concernant les critères secondaires, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les 3 groupes en ce qui concerne la douleur rapportée par les femmes, la durée du travail, l'allaitement, les préférences pour un prochain accouchement -cependant, en cas de préférence pour une césarienne, 10/26 (38,5%) des femmes du groupe hypnose l'expliquaient par une peur ou une mauvaise expérience de l'accouchement, vs 18/25 (72,2%) des femmes du groupe relaxation et 11/15 (73,3%) des femmes du groupe contrôle ; $p=0,02$ -. Concernant la difficulté à prodiguer des soins au bébé, les femmes du groupe hypnose avaient tendance à rapporter moins de difficultés (mais résultat non significatif ; $p=0,07$). Enfin, davantage de césariennes en urgence ont été réalisées dans le groupe hypnose (17,9% des cas vs 12,1% dans le groupe relaxation et 11,7% dans le groupe contrôle ; $p=0,02$). A l'inverse, moins de césariennes programmées ont été réalisées dans le groupe hypnose par rapport aux autres groupes (2,2% versus 5,7% dans le groupe relaxation et 4,7% dans le groupe contrôle ; $p=0,02$).

Enfin, concernant l'expérience de l'accouchement, le score moyen au Wijmas Experience Questionnaire (W-DEQ) était statistiquement significativement inférieur chez les femmes du groupe hypnose par rapport aux femmes des groupes relaxation et contrôle (score de 42,9 vs 47,2 et 47,5 : $p=0,01$). Plus le score est bas, plus l'expérience de l'accouchement est positive. Ainsi, les femmes du groupe hypnose ont rapporté, 6 semaines après l'accouchement, une meilleure expérience de celui-ci que les femmes des 2 autres groupes.

Au total, cette large étude de bonne qualité n'a pas retrouvé d'effet significatif de l'hypnose sur leur critère de jugement principal (à savoir le taux de recours à la péridurale). Il faut mentionner que le Danemark présente des taux de recours à la péridurale initialement assez bas, comparés à la France tout du moins. Ainsi, dans l'hôpital où a eu lieu l'étude, ils avaient observé au préalable un taux de recours à la péridurale de 34% chez les nullipares. Ce taux de recours s'élève à 78% en France sans tenir compte de la parité²¹ (ce taux est donc probablement encore plus élevé chez les nullipares). L'absence d'effet observé pourrait-il être en partie expliqué par le taux de recours à la péridurale déjà initialement bas ? C'est une question qu'il faut se poser, et la généralisation des résultats observés n'est pas évidente. Concernant les critères de jugement secondaires, un effet a été observé sur l'expérience de l'accouchement, meilleure en cas de recours à l'hypnose. Cependant, même si la différence observée est statistiquement significative, il n'est pas certain qu'elle soit cliniquement pertinente. De plus, un critère de jugement du type « patient reported outcome » est d'interprétation particulièrement difficile lorsque les patients ne sont pas en aveugle de l'intervention, ce qui était le cas ici. En effet, dans ces circonstances, les croyances et attentes des patients peuvent fortement influencer l'évaluation...Enfin, ces résultats mériteraient d'être confirmés par d'autres études évaluant ce critère de jugement en critère principal, pourquoi pas avec des designs d'essais tenant compte des préférences des patients, ceci afin de minimiser les biais liés à l'absence d'aveugle.

²¹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

L'apport des études qualitatives dans le domaine

Concernant la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement, nous avons complété notre revue de la littérature classique par une revue de la littérature des études qualitatives.

Les bases de données Pubmed, CINAHL, PsycINFO, SSCI, et Embase ont été consultées et les études qualitatives s'intéressant au vécu des femmes ayant eu recours à l'hypnose pour le travail et/ou l'accouchement ont été retenues.

Ainsi, 4 études ont été sélectionnées (cf. tableau 1 ci-dessous). Leur qualité était inégale, seule la plus récente présentant de bons critères de qualité (cf. tableau 2 ci-dessous).

Une analyse thématique a mis en évidence les résultats suivants, rapportés par toutes les études : **l'hypnose permettrait aux futures mères de développer leur confiance en leurs capacités, de leur donner un rôle actif et d'augmenter leur sentiment de contrôle de la situation, de réduire leurs peurs, de diminuer leur anxiété, de se relaxer, et enfin l'hypnose contribuerait à rendre l'expérience positive.**

D'autres résultats ont émergé, mais ils étaient moins fréquemment rapportés que les précédents : l'hypnose permettrait aux femmes de modifier leurs croyances sur l'accouchement, de diminuer la douleur en la changeant en pression, de rester concentrée, d'être créative, de mieux communiquer avec l'équipe médicale. Enfin, une étude mentionnait que pour bénéficier des effets positifs de l'hypnose, le soutien social, le soutien du conjoint et le soutien de l'équipe médicale étaient très importants.

La confrontation des résultats des études quantitatives et des études qualitatives soulève plusieurs questions :

-Premièrement, les critères de jugement principaux retenus dans les études quantitatives ne font pas partie des thématiques mises en avant par les patientes dans les études qualitatives. Ainsi, celles-ci ne mettent pas en avant l'effet antalgique de l'hypnose, ou le moindre risque de complications, mais un vécu global positif et des facteurs contribuant à ce vécu positif (confiance, rôle actif, relaxation...). Il semble ainsi exister un décalage entre les objectifs des études quantitatives et ce qu'il ressort des études qualitatives.

-Secondairement, les interventions proposées sont très hétérogènes. Dans les études qualitatives, les femmes ont bénéficié de séances individuelles et d'un nombre conséquent de celles-ci. Dans les études quantitatives, l'hétérogénéité était très grande parmi les études (séances en groupe ou non, une ou plusieurs séances etc.).

De cela nous pouvons tirer quelques propositions :

→ Utiliser les études qualitatives afin de préciser le critère de jugement le plus pertinent pour les études quantitatives. En l'occurrence, il semblerait pertinent de réaliser de nouvelles études quantitatives ayant comme critère de jugement principal l'expérience de l'accouchement.

→ Utiliser les études qualitatives afin de préciser le protocole d'intervention qui semble le plus pertinent et évaluer celui-ci secondairement par des études quantitatives.

Tableau 1: Description des études incluses

Référence	N	Approche	Interventions	Pays
(Mitchell 2013)	14 (4)	Approche narrative	Toutes TNC dont hypnose- Hypnobirthing	Royaume-Uni
(Isbir 2013)	1	Auto ethnographie	Hypnobirthing	Turquie
(Abbasi, Ghazi et al. 2009)	6	Approche phénoménologique	Auto hypnose – séances individuelles + présence hypnothérapeute pendant le travail et l'accouchement	Iran
(Jackson 2003)	5	Etudes de cas	Hypnobirthing	Australie

Tableau 2 Evaluation de la qualité des études incluses (outil CASP)

Référence	Objectif	Méthode	Design	Echantillonnage	Recueil des données	Réflexivité	Enjeux éthiques	Analyse des données	Résultats	Valeur de la recherche
(Mitchell 2013)	O	O	O	O	O	P	O	O	O	O
(Isbir 2013)	O	O	P	O	O	P	-	P	P	P
(Abbasi, Ghazi et al. 2009)	O	O	P	P	P	N	P	P	P	P
(Jackson 2003)	P	O	N	N	N	N	N	N	P	P

O : oui (satisfaisant), N : non, P : partiellement

L'outil CASP :

http://www.caspinternational.org/mod_product/uploads/CASP%20Qualitative%20Research%20Checklist%2031.05.13.pdf

Utilisation de l'hypnose en prévention de la dépression post-partum

Une revue Cochrane s'est intéressée à l'hypnose (pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum) en prévention de la dépression du post-partum (Sado, Ota et al.).

Revue	Indication	Nombre d'ECRs (Effectif Total)	Comparaisons comprises dans les critères d'inclusion	Critères de jugement (principaux)	Résultats principaux	Conclusion des auteurs cf. « Implications for practice »
(Sado, Ota et al.) Japon 2012	Prévention de la dépression du post-partum	1 essai (N=63) -réellement randomisés	Intervention : Hypnose pratiquée pendant la période anténatale, pendant le travail ou le 1^{er} mois postnatal Compareur : - Soins anténataux, périnataux ou postnataux usuels	Survenue d'une dépression du postpartum (définie par un score >12 à l'échelle de dépression postnatale d'Edinburgh ou par un diagnostic posé au cours d'un entretien structuré)	1 seule étude a été incluse. Cette étude ne fournissait pas de données permettant de répondre à la question posée (utilisation de l'échelle MMPI avec report des scores moyens uniquement, pas de données individuelles, pas d'utilisation de l'échelle de dépression postnatale d'Edinburgh).	Bien que certains essais indiquent la possibilité que l'hypnose puisse être efficace dans la réduction des symptômes dépressifs, il n'y a pas à ce jour de données émanant d'essais contrôlés randomisés montrant une efficacité de l'hypnose dans la prévention de la dépression du post partum.

Ménopause

Un essai s'est intéressé à l'hypnose dans la prise en charge des bouffées de chaleur chez les femmes ménopausées (Elkins, Fisher et al.).

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Elkins 2013 Menopause				
-RCT - 2 groupes - en simple aveugle. -Contrôle : traitement actif (mais avec recherche du minimum d'effet) -Estimation du nombre de sujets nécessaires à partir d'une étude pilote (taille d'effet 0,488) avec; $\alpha=0,05$ et une puissance à 0,90 : 73 sujets par groupe. - Randomisation : par bloc Dissimulation de l'affectation : enveloppe scellée -Incitation financière : après 3 sessions et à l'évaluation finale (montant maximum de 300 \$) -Recrutement de Déc. 2008 à Avril 2012 Agrément du comité d'éthique local Texas, Etats Unis	-Suivi : 12 semaines Mesures : - Tenue de l'agenda des bouffées de chaleur : évaluation à l'inclusion (1 semaine), pendant le traitement (semaines 2 à 6) et à 12 semaines -Hot flash related daily interference scale + Pittsburgh sleep quality index à l'inclusion, à 6 et à 12 semaines de suivi	Sujets : femmes ≥ 18 ans, ménopausées (absence de règles durant les 12 mois précédents ou durant les 6 mois précédents avec FSH>40 mIU/ml documentée ou avec antécédent d'ovariectomie bilatérale), présentant des bouffées de chaleur (au minimum 7 par jour ou 50 par semaine). Sans traitement hormonal depuis plus d'une semaine à plus de 6 mois (en fonction du type de traitement). Exclusions : traitement actif pour les bouffées de chaleur, ou utilisation de traitements complémentaires/alternatifs. Antécédent de psychose, trouble de la personnalité borderline, autre psychopathologie sévère. Randomisation : 187 sujets (39 à 75 ans, majoritairement caucasiennes, majoritairement mariées) - I : groupe hypnose clinique : 93 - C : groupe contrôle attention structurée : 94 Analyse intermédiaire entre l'analyse en intention de traiter et l'analyse per protocole : seuls les sujets ayant remis un agenda ont été analysés, mais indifféremment de la compliance au protocole sujets exclus de l'analyse pour non remise de l'agenda (retrait volontaire rv ou perdu de vue pdv) : I : 9 (7rv, 2pdv) à S6, 15 (7rv, 8 pdv) à S12 C : 4 (1rv, 3pdv) à S6, 7 à S12 (1rv, 6 pdv)	2 groupes : -Groupe hypnose clinique : 5 sessions hebdomadaires de 45 minutes. Interventions standardisées selon un manuel. Suggestions de fraîcheur, de lieu de sécurité, de relaxation. Thérapeutes formés selon les standards établis. Remise d'un CD avec recommandation de pratiquer quotidiennement à la maison. -Groupe contrôle attention structurée : 5 sessions hebdomadaires, conçues de manière à fournir un temps d'exposition au thérapeute et à l'environnement similaire, tout en suivant les recommandations visant un effet minimum. Séances guidées par un manuel et une checklist. Discussion des symptômes, écoute attentive, échange interpersonnel, évitement des suggestions négatives, surveillance, mesures et encouragements. Pas d'induction hypnotique ni de suggestion de fraîcheur. CD remis contenant des informations sur les bouffées de chaleur avec recommandation de l'écouter quotidiennement.	Principal: -fréquence des bouffées de chaleur : déclaratif (agenda des bouffées de chaleur) + enregistrement de la conductance cutanée (Biolog avec électrodes Biopac EL-507) -Score de bouffées de chaleur (utilisation d'un agenda des bouffées de chaleur sur une semaine : fréquence journalière et intensité : légère, moyenne, sévère, très sévère) Secondaires : -Impact des bouffées de chaleur sur la vie quotidienne : Hot Flash related daily interference scale -qualité du sommeil (Pittsburgh Sleep quality Index) -satisfaction vis-à-vis du traitement

L'étude de (Elkins, Fisher et al.) évalue l'efficacité de l'hypnose clinique dans la prise en charge des bouffées de chaleur chez les femmes ménopausées. Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé, avec randomisation par bloc et dissimulation de l'affectation par enveloppes scellées. 187 femmes ménopausées ont été randomisées en 2 groupes, un groupe recevant 5 séances d'hypnose clinique de 45 minutes (1 par semaine) avec recommandation d'une pratique quotidienne à domicile par l'écoute d'un audio-CD. Le groupe contrôle bénéficiait de 5 sessions « d'attention structurée » (1 par semaine). Ces séances étaient construites de manière à matcher les séances d'hypnose en terme de durée d'exposition au thérapeute dans un environnement similaire, tout en respectant des recommandations visant un effet minimum. Un audio-CD était également remis, pour une écoute quotidienne, contenant des informations factuelles sur les bouffées de chaleur.

7 sujets du groupe hypnose se sont retirés de l'étude versus 1 du groupe contrôle, et 8 sujets du groupe hypnose ont été perdus de vue versus 6 du groupe contrôle.

Les sujets s'étant retirés de l'étude et les perdus de vue ont été exclus de l'analyse, les autres ont été inclus quelle qu'ait été la compliance au traitement. Les données manquantes ont été imputées (maximum de vraisemblance).

Le critère de jugement principal était la réduction des bouffées de chaleur à 6 et 12 semaines, mesurée de manière subjective (différence entre le nombre de bouffées de chaleur rapporté à la semaine 6 ou 12 et le nombre rapporté pendant la semaine baseline dans l'agenda des bouffées de chaleur tenu par les participantes), à savoir 63,87 % de réduction de fréquence à 6 semaines dans le groupe hypnose vs 9,24 % de réduction dans le groupe contrôle ($p < 0,001$) et 74,16 % de réduction à 12 semaines vs 17,13% ($p < 0,001$) et de manière objective (par un enregistrement de la conductance cutanée), à savoir 40,92 % de réduction de fréquence à 6 semaines dans le groupe hypnose vs 7 % d'augmentation de fréquence dans le groupe contrôle ($p < 0,001$) et 56,86 % de réduction à 12 semaines vs 9,94% de réduction dans le groupe contrôle ($p < 0,001$). La réduction du score de bouffées de chaleur (produit de la fréquence des bouffées de chaleur multiplié par leur sévérité, en utilisant les déclarations reportées dans les agendas) était également évaluée à 6 et 12 semaines, avec une diminution du score significativement plus importante dans le groupe hypnose que dans le groupe contrôle, à 6 semaines (71,36 % de réduction vs 8,32%, $p < 0,001$) et à 12 semaines (80,32% de réduction vs 15,38%, $p < 0,001$). L'interférence avec la vie quotidienne et la qualité du sommeil faisaient partie des critères secondaires (diminution des scores de la Hot flash related daily interference scale : 69,02% de réduction vs 18,08% à 6 semaines et 82,11% vs 22,96% à 12 semaines; $p < 0,001$ - et du Pittsburgh sleep quality index : 43,49% de réduction vs 8,75% à 6 semaines et 53,63% de réduction vs 10,34% à 12 semaines; $p < 0,001$). Les effets

secondaires rapportés étaient les suivants : 25 irritations cutanées légères au niveau de l'électrode (enregistrement de la conductance cutanée). Aucun effet secondaire associé à l'hypnose ou à l'intervention contrôle n'a été rapporté. A 12 semaines, les patients du groupe hypnose rapportaient une meilleure satisfaction vis-à-vis du traitement que les patients du groupe contrôle (sur une échelle de 0 à 10, ils scoraient leur niveau de satisfaction à $9,33 \pm 0,99$ vs $7,09 \pm 3,06$ pour les patients du groupe contrôle ; $p < 0,001$).

Cette étude a montré une supériorité de l'hypnose clinique vs la thérapie contrôle pour diminuer la fréquence de survenue des bouffées de chaleur chez les femmes ménopausées, que la mesure des bouffées de chaleur soit réalisée de manière subjective ou objective. Les auteurs rappellent que la réduction observée est pertinente cliniquement (la littérature a retenu un seuil de diminution d'au moins 50% de la fréquence comme étant cliniquement significative). Les auteurs rappellent que les résultats ne peuvent se généraliser à d'autres populations (par ex : femmes enceintes, femmes en péri ménopause), et qu'un biais d'auto-sélection des participantes existe (ainsi les résultats ne peuvent se généraliser qu'aux femmes ménopausées ouvertes aux thérapies corps-esprit).

Cependant, malgré les qualités méthodologiques de cette étude (taille de l'échantillon, comparateur actif, confrontation des mesures subjectives avec des mesures objectives), il existe certaines limites. On peut en particulier regretter l'absence d'analyse en intention de traiter avec exclusion des abandons volontaires et des perdus de vue (une imputation pour la prise en compte des données manquantes aurait pu être réalisée). De plus, il est regrettable que le fait qu'il y ait eu 7 retraits volontaires de l'étude dans le groupe hypnose (vs 1 dans le groupe contrôle) n'ait pas été discuté.

Au total, dans le domaine de la santé des femmes :

- Il n'y a pas à ce jour de preuve d'efficacité de l'hypnose pour la prise en charge de la douleur pendant l'accouchement ou pour l'augmentation du taux de naissances par voie basse spontanée (Madden, Middleton et al. ; Werner, Uldbjerg et al.). La confrontation des études quantitatives et qualitatives incite à réfléchir et à repenser les futures études quantitatives et ce à plusieurs niveaux :
 - Au niveau du choix des modalités d'intervention en hypnose : une approche individuelle, et la présence de personnel formé pendant le travail et l'accouchement pourraient être à privilégier.
 - Au niveau du choix des critères de jugement les plus pertinents : l'expérience (vécu subjectif) de l'accouchement pourrait être un critère à privilégier.
- Il n'y a pas à ce jour de données émanant d'essais contrôlés randomisés montrant une efficacité de l'hypnose dans la prévention de la dépression du post partum (Sado, Ota et al.).
- Un essai (n=187) (Elkins, Fisher et al.) a montré une supériorité de l'hypnose sur un contrôle « attention structurée » (avec durée d'exposition au thérapeute et environnement similaire) pour la prise en charge des bouffées de chaleur à la ménopause. Cet essai, globalement de bonne qualité, présentait cependant certaines limites méthodologiques (pas d'analyse en intention de traiter stricte). Il n'est donc pas possible de tirer des conclusions certaines de cet unique essai.

TROUBLES DIGESTIFS

Syndrome de l'intestin irritable

Une revue Cochrane (Webb, Kukuruzovic et al. 2007) s'est intéressée à l'hypnose dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable. Deux essais viennent compléter cette revue (Lindfors, Unge et al. ; Moser, Tragner et al.)

Revue	Indication	Nombre d'ECRs (Effectif Total)	Comparaisons comprises dans les critères d'inclusion	Critères de jugement (principal)	Résultats principaux	Conclusion des auteurs cf. « Implications for practice »
(Webb, Kukuruzovic et al. 2007) Australie 2007	Prise en charge du syndrome de l'intestin irritable	4 essais (N=147) -réellement randomisés - et quasi randomisés	Intervention : hypnothérapie Comparateur : - Pas de traitement - Autres interventions	-Score global de sévérité des symptômes intestinaux (combinant la douleur abdominale, la diarrhée ou la constipation et le ballonnement).	Pas de méta-analyse réalisée du fait de l'hétérogénéité dans les groupes contrôle, dans les critères de jugement et dans le design des essais. Versus liste d'attente ou prise en charge habituelle l'hypnothérapie était associée à de meilleurs résultats sur la douleur abdominale et sur les symptômes primaires composites du syndrome de l'intestin irritable, à court terme.	Les 4 essais de petite taille inclus dans la revue suggèrent un effet bénéfique à court terme mais cela n'a pas été démontré de manière convaincante. En effet, les résultats doivent être interprétés avec prudence du fait des faibles effectifs et des limites méthodologiques des essais. L'efficacité à long terme est incertaine et n'a été évaluée que dans une seule étude, sans montrer de bénéfice prolongé dans le temps. Cependant, l'hypnothérapie apparaît être une intervention sûre et pourrait donc être essayée chez les patients résistant au traitement médical standard.

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Lindfors 2012 <i>The American Journal of gastroenterology</i>				
-2 RCT - 2 groupes par essai - en ouvert ; investigateurs en aveugle -Pas d'estimation du nombre de sujets nécessaires - Randomisation : Etude 1 : randomisation par bloc de 4 réalisée par une infirmière d'e l'étude (non impliquée dans l'analyse des données) Etude 2 : Randomisation informatisée par un statisticien de l'hôpital non impliqué dans l'étude par ailleurs. Agrément du comité d'éthique local et du comité d'éthique de l'université de Gothenburg Suède	-Suivi : 1 an Mesures : -symptômes digestifs, qualité de vie, anxiété et dépression : état basal mesuré pendant 2 semaines avant la randomisation Juste après le traitement (soit 3 mois après la randomisation) Ainsi qu'à 1 an pour les patients du groupe hypnothérapie	Sujets : patients atteints du syndrome du côlon irritable (selon les critères Rome II) et ne répondant pas à la prise en charge standard. Exclusions : comorbidité sévère 138 sujets Etude 1 : Randomisation : 90 sujets Groupe hypnothérapie : 45 Groupe contrôle soutien: 45 <i>Suivi à 3 mois</i> Groupe hypnothérapie : 45 Groupe contrôle soutien: 42 (3 drop-outs : 1 grossesse et 2 retraits volontaires) Etude 2 : Randomisation : 48 sujets Groupe hypnothérapie : 25 Groupe contrôle liste d'attente: 23 <i>Suivi à 3 mois</i> Groupe hypnothérapie : 22 (3 drop-outs, 1 déménagement et 2 sorties d'étude volontaires) Groupe contrôle soutien: 23 Analyse en intention de traiter. Imputation des données manquantes : dernière observation disponible Pas d'ajustement pour tests multiples.	2 études Etude 1 : 2 groupes recrutés dans un service spécialisé d'un hôpital universitaire - Groupe hypnothérapie : 12 sessions individuelles d'1 heure par semaine, en cabinet privé. Pratique à domicile conseillée - Groupe contrôle : thérapie de soutien (en attendant l'hypnothérapie) : 1 heure de conseils avec un diététicien, 1 heure sur la relaxation physique avec un physiothérapeute, 1 heure sur la physiopathologie avec un médecin gastroentérologue + support téléphonique prodigué par une infirmière Etude 2 : 2 groupes recrutés dans un hôpital général (bassin de vie de 100 000 habitants) - Groupe hypnothérapie : 12 sessions individuelles d'1 heure par semaine dans un hôpital local. Pratique à domicile conseillée avec cassettes audio remises au patient. - Groupe contrôle : liste d'attente (en attendant l'hypnothérapie) Dans les 2 études, l'hypnothérapie était « dirigée vers l'intestin » : basée sur la relaxation mentale et musculaire, des suggestions pour se concentrer sur les symptômes ou s'en distraire. Suggestions spécifiques de normalisation de la fonction intestinale. Basée sur (Whorwell, Prior et al. 1984) Les psychologues de l'étude avaient une expérience limitée en ce qui concernait l'hypnothérapie dirigée sur l'intestin, mais avaient tous été formés par des hypnothérapeutes spécialisés dans ce domaine et avaient tous une expérience significative de l'hypnothérapie dans la prise en charge d'autres pathologies.	Principal: Symptômes digestifs mesurés par questionnaire : <u>Etude 1</u> : GI-symptom questionnaire (créé spécifiquement pour l'étude) : évalue la sévérité perçue des symptômes durant la semaine écoulée. 7 échelles de Lickert de 1 à 7 évaluant le ballonnement, les flatulences, la douleur, la diarrhée, le besoin imminent, la constipation, et l'évacuation incomplète. Score global de 7 à 49 <u>Etude 2</u> : GSRS-IBS. 13 échelles de Lickert de 1 à 7 recouvrant 5 grands domaines : douleur, ballonnement, constipation, diarrhée et satiété. Secondaires : Qualité de vie <u>Etude 1</u> : IBS-QOL. 30 items recouvrant 9 dimensions : fonctionnement émotionnel, santé mentale, sommeil, énergie, fonctionnement physique, régime, rôle social, rôle physique, relations sexuelles. Score global de 0 à 100 <u>Etude 2</u> : SF-36. 36 items recouvrant 8 dimensions : fonctionnement physique, douleur, santé perçue, vitalité, fonctionnement social, santé mentale, limitations du rôle liées à la santé physique, limitations du rôle liées à la santé mentale). Score de 0 à 100 pour chaque sous échelle et score global « physique » et « mental ». Anxiété et dépression : Echelle HAD, composée de 14 items (7 concernant la dépression et 7 l'anxiété). -survenue d'événements indésirables : question posée par le psychologue à la fin de la séance

Au sein d'un même article (Lindfors, Unge et al.) sont présentées 2 études évaluant l'efficacité de l'hypnothérapie dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable.

Dans la première étude, 90 patients ont été randomisés en 2 groupes : un groupe hypnothérapie et un groupe thérapie de soutien. Dans la seconde étude, 48 patients ont été randomisés en 2 groupes : un groupe hypnothérapie et un groupe liste d'attente. Les contextes cliniques étaient différents dans les 2 études : recrutement dans un service spécialisé d'un hôpital universitaire pour l'étude 1-mais avec des sessions réalisées en dehors de l'hôpital en cabinet privé-, et recrutement dans un hôpital général pour l'étude 2, avec sessions proposées à l'hôpital.

Le critère de jugement principal dans les 2 études était l'évolution des symptômes gastro intestinaux à 3 mois. Dans l'étude 1, cette évolution était mesurée par le score global au GI-symptom questionnaire (score variant de 7 à 49). Les auteurs ont observé une différence statistiquement significative entre les 2 groupes, avec une réduction du score de sévérité globale des symptômes à 3 mois plus marquée dans le groupe hypnothérapie par rapport au groupe contrôle (différence moyenne de réduction de 3,7 IC₉₅[0,3-7,2] ; p=0,03). Dans le groupe hypnothérapie, cette réduction de la sévérité des symptômes persistait lors du suivi à 1 an.

Dans l'étude 2, l'évolution des symptômes digestifs était mesurée par le GSRS-IBS. A 3 mois, les comparaisons intragroupes retrouvaient une amélioration significative dans le groupe hypnose, mais pas dans le groupe contrôle. Cependant les comparaisons intergroupes n'ont pas mis en évidence de différence d'évolution statistiquement significative entre les groupes.

Concernant les critères de jugement secondaires, les comparaisons intergroupes n'ont pas montré de différence statistiquement significative entre les groupes hypnose et contrôle en ce qui concerne les mesures de la qualité de vie. Concernant les mesures d'anxiété et de dépression, une analyse combinée des 2 études a montré une différence statistiquement significative entre les groupes hypnose et contrôle sur la dimension anxiété, avec une plus grande réduction de l'anxiété à 3 mois dans le groupe hypnose que dans le groupe contrôle (score évoluant de $9,2 \pm 4,3$ à $8,6 \pm 4,1$ dans le groupe hypnose vs de $8,8 \pm 3,4$ à $8,9 \pm 3,9$ dans le groupe contrôle; $p < 0,05$).

Dans la discussion, les auteurs soulignent que leurs résultats ne sont pas aussi significatifs que ceux rapportés par d'autres études (Whorwell, Prior et al. 1984), et supposent que cela pourrait être lié au fait que les hypnothérapeutes n'avaient pas une grande expérience dans la prise en charge spécifique du syndrome de l'intestin irritable, et au faible effectif de l'étude 2 (manque de puissance). Les auteurs discutent aussi la pertinence des critères de jugement utilisés, et se

demandent si d'autres critères n'auraient pas été plus pertinents, comme la satisfaction générale du patient, et sa capacité à mieux gérer ses symptômes.

Il est regrettable que le suivi à 1 an n'ait pu être réalisé de manière comparative, l'explication donnée est qu'il était considéré comme non éthique de retarder l'hypnothérapie pendant plus de 3 mois chez les patients en liste d'attente ; la comparaison à 1 an n'était donc malheureusement pas réalisable.

De manière générale, nous pouvons regretter que la mesure du critère de jugement principal n'ait pas été homogène entre les 2 études, et qu'il n'y ait pas eu d'estimation du nombre de sujets nécessaires. De ce fait il est difficile de tirer des conclusions issues de la comparaison des 2 études (notamment sur le rôle éventuel du contexte).

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Moser 2013 <i>The American Journal of gastroenterology</i>				
- RCT - 2 groupes - en ouvert ; évaluateurs en aveugle -estimation du nombre de sujets nécessaires (amélioration de 50% envisagée dans le groupe hypnose vs de 15% dans le groupe contrôle) - Randomisation : Par bloc de 4, 1 semaine avant la 1^{ère} séance Recrutement : Mai 2008 à Septembre 2009 Université de médecine de Vienne, Autriche	-Suivi : 1 an après la fin de l'intervention Mesures : -à l'inclusion, aux séances 1, 3 et 10, puis à 3, 6 et 12 mois : IBS impact scale, qualité de vie (SF-36), hospital anxiety and depression scale	Sujets : patients atteints du syndrome du côlon irritable (selon les critères Rome II) âgés de 18 à 70 ans et ne répondant pas à la prise en charge standard. Exclusions : grossesse, chirurgie digestive, retard mental, connaissance de l'allemand insuffisante, comorbidité sévère, pathologie psychiatrique, traitement antidépresseur récent (non stabilisé depuis >=3 mois), durée de trajet domicile-hôpital<1heure. En cas de découverte récente d'une intolérance au lactose/fructose les patients n'étaient pas exclus si un régime adéquat d'au moins 3 semaines ne modifiait pas leurs symptômes. 164 patients dépistés 100 patients randomisés Randomisation : 100 sujets Groupe hypnose: 51 Groupe contrôle : 49 Ont reçu l'intervention allouée : Groupe hypnose : 46 Groupe contrôle : 44 Analyse sur ces 90 sujets Attrition progressive : <i>A la fin de l'intervention</i> Groupe hypnose : 46 Groupe contrôle : 43 <i>A 3 mois de suivi</i> Groupe hypnose : 42 Groupe contrôle : 41 <i>A 6 mois de suivi</i> Groupe hypnose : 37 Groupe contrôle : 36 <i>A 12 mois de suivi</i> Groupe hypnose : 29 Groupe contrôle : 34	- Groupe hypnose: protocole de Manchester. 10 sessions hebdomadaires de 45 minutes, en groupe de 6 patients sur une période de 12 semaines. Fait par 2 médecins formés à Manchester. Un CD audio était remis lors de la 3^{ème} séance pour une pratique quotidienne à domicile. + visites médicales de 45 min auprès d'un médecin formé en médecine psychosomatique + traitement médical symptomatique - Groupe contrôle : visites médicales auprès d'un médecin formé en médecine psychosomatique, d'une durée de 45 minutes et à la même fréquence que dans le groupe hypnose + traitement médical symptomatique Dans les 2 groupes, si un traitement anti-dépresseur ou une psychothérapie étaient en cours, ils ne pouvaient être modifiés (dose / fréquence) jusqu'à la fin des 6 mois de suivi.	Principal: Amélioration clinique à l'issue du traitement et à 12 mois de suivi. Mesurée par l'échelle IBS-impact. Secondaires : -qualité de vie (SF-36) -anxiété et dépression (Hospital anxiety and depression scale) -bien-être physique et psychologique (EVA de 0 à 100) -symptômes du syndrome de l'intestin irritable tels que douleur abdominale, diarrhée, constipation, ballonnement (EVA 0 à 100)

L'étude de (Moser, Tragner et al.) a cherché à évaluer l'efficacité de l'hypnose sur la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable. 100 patients ont été randomisés en 2 groupes : un groupe hypnose + traitement médical de soutien et un groupe traitement médical de soutien. L'hypnose consistait en 10 séances de groupes (6 patients par groupe) de 45 minutes sur une période de 12 semaines. Le traitement médical de soutien consistait en des visites médicales réalisées par un médecin psychosomaticien, et un traitement symptomatique adapté aux symptômes du patient.

Leur critère de jugement principal était l'amélioration clinique mesurée à l'issue du traitement et 12 mois après la fin de celui-ci, à l'aide de l'échelle IBS-impact.

Ils ont observé une amélioration significative à l'issue des 12 semaines de traitement chez 28/46 des sujets du groupe hypnose (soit 60,8%) versus chez 18/44 (40,9%) des sujets du groupe contrôle. Cette différence était statistiquement significative ($p=0,046$) et perdurait à 12 mois de suivi : maintien de l'amélioration chez 54,3% des sujets du groupe hypnose versus 25% des sujets du groupe contrôle. Cette amélioration était particulièrement marquée dans les dimensions « activités quotidiennes », « fatigue » et « état émotionnel » de l'IBS-scale.

Concernant les critères de jugement secondaires, la qualité de vie (mesurée par le SF-36) était statistiquement significativement améliorée dans le groupe hypnose par rapport au groupe contrôle. Il en était de même pour l'anxiété, la dépression (mesurées par l'Hospital anxiety and depression scale), le bien-être psychologique et physique et les symptômes digestifs (excepté la diarrhée). Les différences étaient observées entre les groupes en général à partir de la 5^{ème} séance d'hypnose, et persistaient jusqu'au 12^{ème} mois de suivi.

Au total, cette étude a montré un bénéfice de l'hypnose dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable. Ainsi, une prise en charge associant l'hypnose en sessions de groupe (10 séances sur 12 semaines) à un suivi individuel par un psychosomaticien s'est avérée plus efficace qu'une prise en charge constituée uniquement d'un suivi individuel par un psychosomaticien. Les effets bénéfiques sont apparus dès la 5^{ème} séance d'hypnose et perduraient 12 mois après la fin de l'intervention.

Néanmoins, cette étude présente certaines limites, avec en particulier un taux élevé de perdus de vue à 12 mois (37%). De plus, le nombre de perdus de vue dans le groupe hypnose était de 17/46 versus de 10/44 dans le groupe contrôle et les raisons ne sont pas explicitées (cependant les auteurs déclarent qu'elles ne différaient pas entre les groupes). Il est ainsi possible que l'effet traitement ait été surestimé, et ce en particulier dans le groupe hypnose... Le design de l'étude (séances d'hypnose en groupe + suivi individuel versus suivi individuel seul) ne permet pas de faire

la part des effets non spécifiques attribuables à une prise en charge en groupe. D'après les auteurs, la prise en charge en groupe pourrait avoir des effets per se notamment via le support social et la diminution de la stigmatisation. Comme toute intervention complexe, il est en effet difficile d'évaluer précisément les effets de chaque composant de l'intervention et l'essai randomisé n'est pas la méthode la plus à même d'apporter des réponses à cette question.

Dyspepsie

Un essai s'est intéressé à l'hypnothérapie pour la prise en charge de la dyspepsie (Calvert, Houghton et al. 2002).

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Calvert 2002 Gastroenterology				
- RCT - 3 groupes - en ouvert ; praticiens effectuant le suivi et évaluateur en aveugle -estimation du nombre de sujets nécessaires : 17 sujets par groupe pour observer une amélioration de 40 % dans le groupe hypnose. - Randomisation : stratifiée sur le sexe. Non équilibrée entre les groupes afin de compenser le pourcentage de perdus de vue + élevé dans les 2 groupes contrôle. Agrément du comité d'éthique local Hôpital Wythenshawe, Manchester, Royaume-Uni	-Suivi : 56 semaines (13 mois) Mesures : -à l'inclusion -à 4, 8 et 16 semaines (en cours et à la fin de l'intervention) -à 28, et 56 semaines	Sujets : consultant à l'unité d'endoscopie de l'hôpital universitaire de Manchester Sud pour des symptômes dyspeptiques et ayant eu une endoscopie négative, remplissant les critères de Rome I pour la dyspepsie fonctionnelle Exclusions : Reflux gastro œsophagien prédominant, antécédent d'ulcère, consommation régulière d'AINS, antécédent de chirurgie digestive (à l'exception de l'appendicectomie, cholécystectomie, ou hystérectomie réalisée plus d'1 an auparavant), infection à <i>Helicobacter pylori</i>. Randomisation : 126 sujets Groupe hypnose: 32 Groupe traitement de soutien + placebo : 48 Groupe traitement médicamenteux : 46 Attrition progressive : <i>Ont reçu le traitement</i> Groupe hypnose: 30 Groupe traitement de soutien + placebo : 45 Groupe traitement médicamenteux : 44 Les 8 sorties d'étude s'expliquent par des incompatibilités d'emploi du temps. <i>A la fin de l'intervention</i> Groupe hypnose: 27 (dont 3 patients avec participation discontinuée pour des incompatibilités d'emploi du temps) Groupe traitement de soutien + placebo : 32 Groupe traitement médicamenteux : 34 <i>A 56 semaines :</i> Groupe hypnose: 26 Groupe traitement de soutien + placebo : 24 Groupe traitement médicamenteux : 29 Analyse réalisée en intention de traiter. Comparaisons de médiane par le test de Kruskal-Wallis (distributions non normales) et tests U de Mann-Whitney (comparaisons multiples) avec corrections de Bonferroni. Tests du Chi 2 pour la consommation médicamenteuse.	- Groupe hypnose: 12 séances individuelles de 30 minutes (induction, relaxation, approfondissement de l'état hypnotique). Suggestions d'amélioration utilisant des techniques tactiles et visuelles. Séances prodiguées par un thérapeute qualifié. - Groupe traitement de soutien + placebo : 12 visites de 30 minutes avec un assistant de recherche clinique prodiguant des conseils généraux sur la dyspepsie fonctionnelle et écoutant les inquiétudes des patients. Prescription conjointe d'un placebo de ranitidine 2 fois par jour. Les patients étaient informés qu'ils pouvaient recevoir un placebo ou un traitement actif. - Groupe traitement médicamenteux : anti histaminique de type 2 (ranitidine 150 mg 2 fois par jour) pendant 16 semaines, avec une forme galénique ne correspondant pas à celle distribuée dans les pharmacies anglaises. 4 consultations médicales (à 0, 4, 8 et 16 semaines)	Principal: Taux d'évolution de la symptomatologie à 16 et à 56 semaines Symptômes évalués : sévérité et fréquence des douleurs, nausées, faible appétit, satiété précoce, ballonnement, éructations (EVA 0 à 10). Calcul d'un score total Secondaires : -qualité de vie (SBQOL modifié) -anxiété et dépression (HAD scale) -consommation médicamenteuse, nombre de consultations, d'examens cliniques, d'arrêt de travail, d'hospitalisations (dans un but d'évaluer l'impact économique)

Calvert et son équipe ont cherché à évaluer l'efficacité de l'hypnose pour la prise en charge de la dyspepsie fonctionnelle. Ils ont randomisé 126 sujets en 3 groupes, un groupe hypnose (12 séances individuelles de 30 minutes), un groupe traitement de soutien + placebo et un groupe traitement médicamenteux seul (pour plus de détails, cf. tableau).

La durée de l'intervention s'étalait sur 16 semaines dans les 3 groupes, puis un suivi était mis en place pendant 40 semaines supplémentaires.

Sur les 126 patients randomisés, 8 se sont retirés de l'étude avant le début du traitement (majoritairement pour des problèmes d'emploi du temps), dont 3 dans le groupe hypnose et 2 dans les autres groupes. En cours d'intervention, 23 patients (0 du groupe hypnose, 13 du groupe traitement de soutien+ placebo et 10 du groupe traitement médicamenteux) ont interrompu leur participation car ils trouvaient le traitement inefficace. Ces patients avaient des scores initiaux (sévérité des symptômes) comparables aux autres patients, suggérant que ce ne sont pas les patients les plus sévères qui ont abandonné en cours de route. Enfin, 14 patients ont été perdus de vue pendant la phase de suivi (1 dans le groupe hypnose, 8 dans le groupe traitement de soutien+ placebo et 5 dans le groupe traitement médicamenteux).

Les auteurs indiquent que l'analyse a été réalisée en intention de traiter, en reportant la dernière valeur observée en cas de données manquantes. Cependant, le diagramme de flux précise que pour l'analyse à 56 semaines de suivi, 26 sujets dans le groupe hypnose, 24 dans le groupe traitement de soutien+ placebo et 29 dans le groupe traitement médicamenteux ont été analysés, ce qui correspond davantage à une analyse per protocole.

Concernant leur critère de jugement principal, les auteurs rapportent une plus grande amélioration des symptômes (statistiquement significative) dans le groupe hypnose par rapport aux 2 autres groupes à long terme (56 semaines). Ainsi l'amélioration médiane du score total des symptômes à long terme était de 73% dans le groupe hypnose, versus 34% dans le groupe traitement de soutien+ placebo ($p<0,02$) et 43% dans le groupe traitement médicamenteux ($p<0,01$). A court terme l'amélioration était de 59% dans le groupe hypnose versus 40,7 % dans le groupe traitement de soutien+ placebo (non significatif, mais tendance, avec $p=0,057$) et versus 33% dans le groupe traitement médicamenteux (différence statistiquement significative : $p=0,01$).

Concernant les critères de jugement secondaires, les auteurs rapportent une amélioration du score total de qualité de vie dans le groupe hypnose significativement supérieure aux 2 autres groupes à court terme (valeurs des p non communiquées). A long terme, l'amélioration de la qualité de vie dans le groupe hypnose est significativement supérieure par rapport au groupe traitement

médicamenteux, mais est comparable à celle du groupe traitement de soutien+ placebo (valeurs des p non communiquées). Le score médian de l'anxiété, mesuré par l'échelle HAD, diminuait significativement à court terme dans les groupes hypnose (de 8,5 à 5 ; $p=0,023$) et traitement de soutien + placebo (de 10 à 7 ; $p=0,02$), mais pas dans le groupe traitement médicamenteux (de 8 à 6,5). Cependant, il n'y avait pas de différence statistiquement significative en comparaison intergroupe. Enfin, pendant les 40 semaines de suivi post intervention, 0% des patients du groupe hypnose avaient recours à un traitement médicamenteux, versus 82% des patients du groupe traitement de soutien + placebo et 90% des patients du groupe médicamenteux. Le nombre médian de consultations médicales était également significativement inférieur dans le groupe hypnose par rapport aux 2 autres groupes (1 consultation versus 4 dans les 2 autres groupes).

Au total, les auteurs concluent que l'hypnose est plus efficace que le traitement de soutien + placebo et que le traitement médicamenteux à court et long terme, à la fois sur la réduction des symptômes de dyspepsie fonctionnelle et sur l'amélioration de la qualité de vie, tout en présentant des avantages économiques liés à la diminution de la consommation médicamenteuse et du nombre de consultations médicales au cours du suivi. Le design de l'étude, avec 3 bras, a permis de comparer l'hypnose à la fois au traitement médical standard et à un groupe qui recevait autant d'attention que les patients bénéficiant de l'hypnose. Dans les 2 groupes bénéficiant d'une attention supplémentaire, les niveaux d'anxiété ont significativement diminué. Dans le groupe hypnose, les auteurs n'ont pas observé de corrélation entre la diminution de l'anxiété et la diminution des symptômes, suggérant que d'autres mécanismes que la réduction de l'anxiété sont en jeu pour expliquer l'effet de l'hypnose. Les auteurs s'interrogent donc sur les modes de l'action de l'hypnose, et souhaitent la réalisation d'études mesurant plus directement les effets physiologiques de l'hypnothérapie.

Enfin, il est important de souligner les limites de cette étude, qui contrairement à ce qui était annoncé, ne semble pas avoir été analysée en intention de traiter, du moins pour l'analyse à long terme. Les résultats de l'analyse à long terme sont donc à considérer avec prudence, et ce d'autant plus que l'attrition était importante, en particulier dans les 2 groupes contrôle. Par ailleurs, rappelons que l'absence d'aveugle, notamment chez les patients du groupe hypnose, peut entraîner des biais, en particulier en ce qui concerne les critères de jugement rapportés par les patients (où les croyances du patient peuvent jouer un rôle particulièrement important). Cependant, des différences ont également été observées sur d'autres critères, comme la consommation médicamenteuse, et les médicaments étaient prescrits par des médecins non informés du traitement reçu par le patient (mais l'aveugle n'a pas été testé parmi les médecins).

Parmi les autres limites de cette étude, soulignons également que les modes de randomisation et de dissimulation de l'affectation n'ont pas été précisés...

Au total, concernant les troubles digestifs :

- Dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable : 1 revue Cochrane (Webb, Kukuruzovic et al. 2007) suggérait un effet bénéfique de l'hypnose à court terme, sans que cela n'ait été démontré de manière convaincante (essais de faible effectif présentant des limites méthodologiques). Deux essais ultérieurs (n=90 et n=100) ont retrouvé :
 - un bénéfice de l'hypnose lorsque celle-ci était utilisée en complément de la prise en charge persistant à 1 an (Moser, Tragner et al.),
 - une supériorité de l'hypnothérapie par rapport à un traitement « médical de soutien » à 3 mois (Lindfors, Unge et al.).

Ces essais présentent cependant des limites méthodologiques (avec notamment absence d'analyse en intention de traiter) et ne permettent pas de lever les incertitudes de la conclusion de la revue Cochrane. Cependant, ces nouvelles études ne remettent pas non plus en cause la conclusion de la revue selon laquelle « comme l'hypnothérapie apparaît être une intervention sûre, elle pourrait donc être essayée chez les patients résistant au traitement médical standard. »

- Dans la prise en charge de la dyspepsie : 1 essai (n=126) (Calvert, Houghton et al. 2002) a montré une supériorité de l'hypnothérapie versus traitement médicamenteux ou versus traitement de soutien + médicament placebo, avec une amélioration des symptômes persistante à 1 an de suivi. Cependant, du fait des limites méthodologiques de l'étude, les résultats sont à interpréter avec prudence.

CHIRURGIE/ MEDECINE OU RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Chirurgie dentaire

L'hypnose est bien acceptée par les patients qui doivent avoir recours à une chirurgie dentaire ou maxillo-faciale (Hermes, Hakim et al. 2004). Cette condition étant remplie, il est pertinent d'évaluer son efficacité dans cette indication. L'étude de (Mackey) présentée ci-après s'est ainsi intéressée à évaluer l'impact de l'hypnose sur la quantité de sédatifs nécessaires en peropératoire, la consommation d'antalgiques et l'intensité douloureuse post opératoires.

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Mackey 2010 <i>Int Journal of clinical and experimental hypnosis</i>				
-RCT - 2 groupes - en simple aveugle. -Pas d'estimation du nombre de sujets nécessaires - Randomisation : par l'assistant dentaire -Plusieurs lieux de pratiques en banlieue de Philadelphia (lieux de pratique de l'anesthésiste, auteur de l'article) Université de Pennsylvanie, Etats Unis	-Suivi : 24 heures post op Mesures : - Consommation de propofol per opératoire - Intensité douloureuse post-opératoire -Consommation d'antalgiques post opératoire	Sujets : 18-25 ans, 50 à 100kgs, de langue maternelle anglaise, opérés pour extraction de dent de sagesse. Exclusions : traitement affectant le rythme cardiaque ou la tension artérielle (ex : béta-bloquants...), consommation de drogues, allergie aux sulfites ou au Vicoprofen®, pathologie préexistante douloureuse (ex : cancer, arthrose, fibromyalgie...). Antécédent d'hypnose. Psychose, trouble de la personnalité paranoïde, schizoïde ou schizotypique, autre psychopathologie sévère. Randomisation : Nombre de sujets peu clair. Le résumé mentionne 100 sujets (46 hypnose et 54 contrôle) Les résultats mentionnent 91 sujets après exclusion de 15 sujets (5 car poids>100kgs, 4 pour antécédent d'hypnose et 6 en dehors des limites d'âge). La répartition des 91 sujets entre les groupe hypnose et contrôle n'est pas précisée. Nombre de perdus de vue : non précisé Analyse statistique : MANOVA, ANOVA	2 groupes : Dans les 2 groupes, les patients écoutaient le CD avec des écouteurs. Ni le chirurgien ni l'anesthésiste ne savaient quel CD le sujet écoutait. -Groupe hypnose : audio CD d'hypnose : induction conversationnelle rapide associée à de la musique relaxante, puis suggestions thérapeutiques tout au long de la procédure -Groupe contrôle : audio CD de musique relaxante Pour tous les patients : -avant l'incision, administration de 50 µg de fentanyl, 3 mg de midazolam et 100 mg de propofol, 8 mg de dexaméthasone et 200 µg de glycopyrolate. L'administration additionnelle de propofol était décidée en fonction de l'augmentation des mesures physiologiques (TA et FC) en réponse à des stimuli nociceptifs. -en post opératoire : Vicoprofen®20 : 1 cp toutes les 6 heures si douleur	3 critères non hiérarchisés : -administration additionnelle de propofol (recueillie pendant l'intervention dans le dossier d'anesthésie du patient) -intensité douloureuse post-opératoire (EN recueillie par téléphone, le jour suivant l'opération. Une EVA était remise au patient afin de les aider à répondre). -consommation d'antalgiques pendant les 1ères 24 heures post opératoires (recueillie par téléphone)

L'étude de Mackey a cherché à évaluer l'impact des suggestions hypnotiques lors d'une extraction de 3^{ème} molaire sur l'administration peropératoire de propofol, la consommation post opératoire d'antalgiques et l'intensité douloureuse post opératoire.

Une centaine de patients ont été inclus (incertitude sur le chiffre exact, le résumé mentionnant 100 patients et la section résultats 91) et randomisés par l'assistant dentaire, qui leur attribuait alternativement un CD audio de musique ou un CD avec des suggestions hypnotiques.

Le sujet écoutait l'audio CD avec des écouteurs, afin que le chirurgien et l'anesthésiste n'aient pas connaissance du traitement alloué.

Un protocole standard était suivi pour tous les patients. Un ajout de propofol était réalisé par l'anesthésiste en cas de besoin (quantité rapportée en μg dans le dossier d'anesthésie), en fonction de la réponse physiologique aux stimuli douloureux (en cas d'augmentation de la TA et de la FC).

L'intensité douloureuse post opératoire était recueillie par téléphone (EN assistée par une EVA remise au patient) le lendemain de l'opération, ainsi que la consommation d'antalgiques durant les 24 premières heures (nombre de comprimés de Vicoprofen®20).

Les 3 critères de jugement étaient les suivants :

- la quantité additionnelle de propofol utilisée en peropératoire ($117,85 \mu\text{g} \pm 42,51$ dans le groupe hypnose versus $154,08 \pm 50,86$ dans le groupe contrôle musique relaxante),
- l'intensité douloureuse post opératoire ($2,57 \pm 1,48$ dans le groupe hypnose versus $3,97 \pm 1,45$ dans le groupe contrôle)
- la consommation d'antalgiques en post opératoire ($2,95$ comprimés $\pm 1,96$ dans le groupe hypnose versus $4,22 \pm 1,50$ dans le groupe contrôle) ;

Ces critères n'étaient pas hiérarchisés.

Une MANOVA (analyse de variance multivariée) a été réalisée, afin de comparer globalement les moyennes des 3 variables utilisées comme critères de jugement entre les 2 groupes (hypnose et contrôle musique relaxante), mettant en évidence une différence statistiquement significative entre les 2 groupes ($p < 0,01$). Par ailleurs, des ANOVA ont été réalisées afin de comparer les moyennes entre les 2 groupes pour chaque critère de jugement, mettant en évidence des différences statistiquement significatives dans les 3 cas ($p < 0,0001$ pour l'intensité douloureuse post

opératoire, $p < 0,01$ pour quantité additionnelle de propofol utilisée en peropératoire et la consommation d'antalgiques post opératoire).

L'auteur mentionne que la standardisation de l'intervention représente une limite, et qu'il serait préférable que les suggestions hypnotiques soient personnalisées. Il rappelle que les résultats de son étude ne sont pas généralisables au-delà de la population étudiée (population de 18-25 ans consultant dans diverses banlieues de Philadelphia). Il souligne également que le Vicoprofen® (qui se fixe à 99% aux protéines plasmatiques) présente une efficacité variable selon les sujets, ce qui peut constituer une autre limite à prendre en compte.

Nous souhaitons mentionner d'autres limites : il n'y a pas de diagramme de flux de patients, et l'effectif total n'est pas clair (chiffres différents dans le résumé et dans les résultats). Il n'y a pas eu d'estimation du nombre de sujets nécessaires au préalable. De plus, la méthode de randomisation est très discutable (la randomisation a été effectuée directement par l'assistant dentaire). L'étude ne mentionne pas le nombre de sujets perdus de vue. Enfin, l'intervention est peu détaillée. Au vu de toutes ces limites, les résultats sont à interpréter avec la plus grande prudence.

Chirurgie mammaire

Notre revue de la littérature a identifié 1 essai donnant lieu à 2 articles : (Montgomery, Hallquist et al. ; Montgomery, Bovbjerg et al. 2007)

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Montgomery 2007 <i>Journal of the national cancer institute</i> Montgomery 2010 <i>Journal of consulting and clinical psychology</i>				
-RCT - 2 groupes - chirurgien, anesthésiste et évaluateurs en aveugle. -estimation du nombre de sujets nécessaires : 200 (alpha 0.05 et puissance de 80%) - Randomisation informatisée, stratifiée sur le type d'intervention (biopsie ou lumpectomie) -étude monocentrique Réalisée sur une période de 6 ans (Février 2000 à Février 2006) Agrément du comité institutionnel de l'école de médecine du Mont Sinaï.	-Suivi : aucun suivi au-delà du jour de l'intervention Mesures : -à la fin de la journée, avant la sortie de la patiente, mesures par EVA de : douleur (intensité et caractère désagréable), fatigue, nausée, inconfort physique, bouleversement émotionnel -données médicales et chirurgicales à partir des dossiers médicaux du patient (antalgiques et sédatifs per opératoires, antalgiques post opératoires, durée opératoire, durée en salle de réveil...) -Données démographiques (par questionnaire) Pour le groupe hypnose : avant et juste après la séance : mesures par EVA de la douleur, fatigue, nausées, bouleversement émotionnel, relaxation. + mesure de la détresse émotionnelle (SV-POMS).	Sujets : femmes adressées pour biopsie mammaire ou lumpectomie, avec ou sans exérèse ganglionnaire limitée associée. Capables de parler et de lire l'anglais et d'accord pour être randomisée dans l'un des 2 groupes. Exclusions : mastectomie, exérèse ganglionnaire complète, comorbidité somatique ou psychiatrique majeure non contrôlée. Randomisation : 200 sujets -groupe contrôle : 95 - hypnose : 105 Analyse en ITT -groupe contrôle : 95 - hypnose : 105 Dans leur data management, les auteurs se sont intéressés aux outliers (ils ont identifié 1 valeur extrême pour la quantité de propofol administrée, et 2 pour le temps passé à la clinique) et ont cherché à limiter les biais induits par les valeurs extrêmes en utilisant la méthode de « winsorization » (qui remplace les valeurs extrêmes par des valeurs moins extrêmes). Les auteurs ont recherché un éventuel effet « anesthésiste ». N'en ayant pas trouvé, ils ont finalement présenté des modèles sans ajustement sur l'anesthésiste.	2 groupes : -Groupe hypnose : intervention standardisée de 15 minutes précédant la chirurgie, incluant une relaxation, des suggestions d'images visuelles plaisantes, des suggestions d'expérience de relaxation et de paix, des suggestions orientées sur des symptômes spécifiques (afin de diminuer la douleur, les nausées, la fatigue), une procédure d'approfondissement et des instructions pour utiliser l'hypnose sans l'aide du thérapeute. -Groupe contrôle « attention » : intervention standardisée de 15 minutes. Cette intervention était proposée afin de contrôler sur l'attention professionnelle accordée aux patients du groupe hypnose. Le protocole suivi était inspiré de celui utilisé dans les études de Lang et de ses collègues et présentés dans le paragraphe Médecine ou radiologie interventionnelle. 4 thérapeutes (psychologues thésés, avec une formation approfondie en hypnose) prodiguaient les interventions. Ils intervenaient aussi bien dans le groupe contrôle que dans le groupe intervention. Les thérapeutes avaient tous eu une formation pratique sous la supervision du 1^{er} auteur. Dans les 2 groupes, l'intervention avait lieu dans l'heure précédant la chirurgie. 20% des enregistrements audios des séances ont été écoutés par le premier auteur afin de s'assurer de la fidélité des interventions au protocole. Les protocoles chirurgicaux et d'anesthésie étaient appliqués. Les chirurgiens et anesthésistes étaient en aveugle. L'anesthésiste administrait des doses de sédatif en fonction de l'état du patient selon un protocole précis. En post anesthésie, des antalgiques étaient administrés au patient en fonction de leur intensité douloureuse.	Multiplés non hiérarchisés Critères subjectifs : douleur (intensité et caractère désagréable), fatigue nausée, inconfort physique, bouleversement émotionnel mesurés par EVA Critères objectifs : Consommation d'antalgiques et sédatifs per opératoires, antalgiques post opératoires, Durée opératoire, durée en salle de réveil (à partir des dossiers médicaux) Coût : à partir des données financières de l'hôpital (salaires, coûts médicaux, temps passé) et des données de remboursement.

(Montgomery, Bovbjerg et al. 2007) ont cherché à évaluer l'effet d'une intervention d'hypnose brève pré chirurgicale chez des patientes opérées pour biopsie mammaire ou lumpectomie. Ils faisaient l'hypothèse qu'une telle intervention permettrait de réduire l'utilisation d'anesthésiants et d'antalgiques en peropératoire, de réduire les effets secondaires de la chirurgie (douleur, nausée, fatigue, inconfort et bouleversement émotionnel) tout en étant coût efficace.

200 patientes ont été randomisées en 2 groupes : un groupe intervention avec une séance d'hypnose standardisée pré chirurgie de 15 minutes, et un groupe contrôle bénéficiant d'une intervention contrôle selon un protocole standardisé pendant 15 minutes également dans l'heure précédant la chirurgie (et ce afin de pallier au biais d'attention).

L'analyse a été réalisée en intention de traiter. Les critères de jugement étaient multiples et non hiérarchisés.

Les doses (et non les doses/poids) de médicaments administrés ont été comparées entre les groupes. Globalement les patients du groupe hypnose ont reçu moins de médication que les patients du groupe contrôle ($p < 0,005$). Une analyse par type de traitement a montré des différences statistiquement significatives pour la lidocaïne (-6,86 ml en moyenne dans le groupe hypnose ; $p < 0,001$) et le propofol (- 32,63 µg, en moyenne dans le groupe hypnose ; $p < 0,05$) mais pas pour le fentanyl ni le midazolam.

Les symptômes rapportés par les patientes (douleur : intensité physique et caractère désagréable, nausées, fatigue, inconfort physique et bouleversement émotionnel) et mesurés à l'aide d'EVA ont été comparés entre les groupes. Une analyse globale de ces 6 critères de jugement subjectifs a montré une différence statistiquement significative entre les groupes hypnose et contrôle, avec globalement une intensité moindre de la symptomatologie dans le groupe hypnose que dans le groupe contrôle. Une analyse par type de symptôme a montré des différences statistiquement significatives pour chaque critère. Les tailles d'effet (variant de $d = 0,57$ à $d = 0,91$) ont toutes été estimées moyennes à importantes et cliniquement pertinentes (la pertinence clinique étant ici définie comme une taille d'effet $d > 0,2$).

Enfin, les auteurs rapportent une durée opératoire significativement inférieure dans le groupe hypnose (43 minutes versus 54 minutes ; $p = 0,04$) mais pas de différence dans les durées passées en salle de réveil. Ils estiment –à partir des données de durée opératoire moindre et des quantités de médicaments consommés moindres – que l'intervention en hypnose permet de réduire le coût par patient de 772\$ (sur une base de coût global de 8561\$ par patient). Cependant cette estimation ne

prend pas en compte les coûts induits par l'hypnose (en terme de personnel notamment). Ils ont donc complété cette estimation en expliquant que pour rester coût efficace, le coût de personnel supplémentaire ne pouvait excéder 77200\$ par an dans le cas d'une pratique avec 100 opérations par an, 154000\$ par an dans le cas d'une pratique avec 200 opérations par an etc.

En conclusion, cette étude a montré qu'une intervention brève d'hypnose précédant une chirurgie mammaire permettait de réduire les doses de médicaments administrés pendant l'intervention, de diminuer les effets secondaires de la chirurgie rapportés par le patient et de diminuer les coûts associés. Cette étude présente cependant des limites, inhérentes à la pratique évaluée, liées à l'absence d'insu : chez les patients, et chez les thérapeutes prodiguant l'intervention (avec des possibles biais de désirabilité sociale chez les patients –en particulier pour les outcomes rapportés par les patients- et des possibles biais liés aux croyances des patients et des thérapeutes). Par ailleurs, alors que cela aurait été méthodologiquement possible, on peut regretter qu'il n'y ait pas eu d'évaluation pour vérifier le succès de l'aveugle chez le personnel clinique (dont les chirurgiens et les anesthésistes, avec donc des possibles biais de prise en charge et de suivi par le personnel et d'évaluation).

Dans un article complémentaire (Montgomery, Hallquist et al.) Montgomery et ses collègues ont cherché à comprendre comment la séance d'hypnose pré chirurgicale agissait sur les effets secondaires des patientes au décours de la chirurgie et ont testé 2 médiateurs potentiels, à savoir les attentes des patients et le niveau de détresse émotionnelle.

Pour ce faire, les auteurs avaient évalué avant et après l'intervention d'hypnose les attentes des patientes concernant l'intensité des douleurs, des nausées et de la fatigue post opératoire (au moyen d'EVA). D'autre part, le niveau de détresse émotionnelle était également évalué à 2 reprises en préopératoire, avant et après l'intervention, en utilisant la sous échelle tension/anxiété de la version courte du Profile Mood States, ainsi qu'en mesurant l'intensité de bouleversement émotionnel et de relaxation (à l'aide d'EVA). Après l'intervention d'hypnose, les attentes des patientes étaient significativement différentes pour les 3 effets secondaires étudiés (elles s'attendaient à des intensités moindres des effets secondaires), et le niveau de détresse émotionnelle était significativement réduit.

Ils ont montré que :

- l'effet de l'intervention d'hypnose sur la douleur post-opératoire était en partie médié par un effet de l'intervention sur les attentes des patientes concernant l'intensité douloureuse en post

opératoire (ce modèle explique 33% de la variance de la douleur post opératoire). Le niveau de détresse (réduit après la séance d'hypnose) n'a pas été identifié comme étant un effet médiateur expliquant l'impact de l'hypnose sur la diminution de la douleur post opératoire.

- l'effet de l'intervention d'hypnose sur les nausées post-opératoire était en partie médié par un effet de l'intervention sur le niveau de détresse émotionnelle pré opératoire (ce modèle explique 30% de la variance des nausées post opératoires). A l'inverse de la douleur, les attentes des patientes concernant l'intensité des nausées n'ont pas été identifiées comme un médiateur de l'action de l'hypnose sur les nausées post opératoires.

-l'effet de l'intervention d'hypnose sur la fatigue post opératoire était en partie médié par un effet de l'intervention sur le niveau de détresse émotionnelle pré opératoire et par une effet de l'intervention sur les attentes des patientes concernant la fatigue post opératoire (ce modèle explique 26% de la variance de la fatigue post opératoire).

En moyenne, leurs modèles expliquent 30 % de la variance, ce qui laisse 70% de la variance encore inexpliquée et ouvre la voie à des recherches ultérieures pour mieux comprendre par quels mécanismes l'hypnose agit.

Interruption de grossesse

Notre revue de la littérature a identifié 1 essai donnant lieu à 2 articles : (Marc, Rainville et al. 2008; Marc, Rainville et al. 2009)

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Marc 2008 <i>American Journal of Obstetrics and gynecology</i> Marc 2009 <i>Journal of women's health</i>				
-RCT - 2 groupes - en ouvert. -estimation du nombre de sujets nécessaires : 350 femmes pour détecter une différence de 15% entre les 2 groupes sur l'outcome principal avec une puissance de 80% et $\alpha=0,05$. - Randomisation centralisée. Par blocs et stratifiée sur la préparation cervicale. -étude monocentrique Réalisée sur une période de 21 mois au centre de planning familial de l'Hôpital St François d'Assise, Université Laval, Québec. Agrément du comité éthique de recherche clinique. ISRCTN92707862. Fonds de recherche en santé du Québec	-Suivi : 1 mois Mesures : -douleur et anxiété : pré-randomisation, au moment de l'examen gynécologique, pendant la succion-évacuation, et 30 minutes après l'arrivée dans la salle de réveil -Par ailleurs, en pré randomisation ont été recueillies des données sociodémographiques, les attentes des patientes en terme de douleur et d'anxiété, leurs émotions, leurs croyances relatives à l'hypnose etc. -Un mois après, un test évaluant la susceptibilité hypnotique a été réalisé (Stanford hypnotic susceptibility test), ainsi qu'un questionnaire de satisfaction et une évaluation rétrospective de la douleur.	Sujets : femmes ≥ 18ans, parlant français, ayant une interruption chirurgicale de grossesse programmée (≥ 6 et < 14 semaines de grossesse) Exclusions : pathologie psychiatrique (mentionnée dans le dossier médical), traitement anti-dépresseur, consommation de substances illicites le jour de l'intervention, et toute autre contre-indication à la sédation « à la demande ». 608 femmes éligibles : 258 refus Randomisation : 350 sujets -groupe contrôle : 176 - hypnose : 174 Analyse -groupe contrôle : 175 (1 exclu de l'analyse car pas de grossesse détectée pendant l'examen clinique) - hypnose : 172 (2 patientes se sont retirées de l'étude car elles trouvaient qu'il y avait trop de données à remplir)	2 groupes : -Groupe hypnose : intervention standardisée 20 minutes avant l'intervention : relaxation, suggestions pour diminuer l'intensité douloureuse et se sentir plus confortable pendant l'intervention, et pendant l'intervention : l'hypnothérapeute accompagne le patient au bloc, l'invite à se mettre dans un état hypnotique plus profond, et lui rappelle les suggestions évoquées 20 minutes plus tôt. Il était rappelé à la patiente qu'elle pouvait faire la demande de médicaments pour augmenter son confort en appuyant sur le bouton qu'elle tenait dans sa main. A la fin de la procédure, des suggestions étaient formulées pour aider la patiente à sortir de son état d'hypnose. -Groupe contrôle : procédure standard. L'infirmière prodiguait l'attention et le support aux patientes (parlant, écoutant, utilisant le renforcement positif, de la réassurance, des instructions de relaxation et de respiration profonde). Pour toutes : ibuprofène (500mg) pré opératoire et anesthésie loco-régionale par bloc paracervical, avec addition d'antalgie/sédation intraveineuse à la demande de la patiente (fentanyl et midazolam). Voie veineuse périphérique systématique. Les patientes disaient la demande d'une antalgie/sédation complémentaire en appuyant sur un bouton. L'infirmière effectuait alors la sédation intraveineuse. La demande de sédation pouvait également être faite par le médecin. Hypnothérapeutes : 2 hypnothérapeutes ont participé à l'étude, formés à l'Institut Milton Erickson et à la société québécoise d'hypnose et supervisés par un psychologue expérimenté pour s'assurer du respect de l'intervention standardisée.	Principal -proportion de femmes recevant une sédation pendant l'intervention -douleur et anxiété pendant la succion-évacuation (à l'aide de 2 échelles visuelles numériques de 0 à 100) Le succès de l'intervention était prédéfini comme une proportion moindre de femmes nécessitant une médication dans le groupe hypnose, sans que leurs niveaux de douleur et d'anxiété pendant la succion/évacuation ne soient supérieurs. Secondaires : -douleur et anxiété pendant l'examen gynécologique, 30 minutes après l'arrivée en salle de réveil -évaluation rétrospective de la douleur et de l'anxiété pendant la succion/évacuation (évaluation rétrospective réalisée dans la salle de réveil et à 1 mois) -satisfaction à un mois (questionnaire)

(Marc, Rainville et al. 2008) ont voulu évaluer l'efficacité de l'hypnose comme méthode antalgique adjuvante lors d'une interruption chirurgicale de grossesse.

350 femmes ont été randomisées en 2 groupes : 176 dans le groupe contrôle (qui bénéficiaient de la procédure de prise en charge habituelle) et 174 dans le groupe hypnose, qui bénéficiaient d'une première intervention 20 minutes avant l'intervention, puis étaient accompagnées pendant toute la durée de l'intervention par un hypnothérapeute, qui suivait un protocole d'intervention standardisé (cf. détails de l'intervention dans le tableau ci-dessus). Le critère de succès de l'intervention avait été établi de la manière suivante : un moindre recours à la sédation/analgésie intra veineuse (qui était réalisée à la demande de la patiente ou du médecin) dans le groupe intervention, avec une condition associée de non infériorité de l'hypnose sur la douleur et l'anxiété des patientes pendant l'opération (en particulier au moment de la succion/évacuation). Le recours à la sédation/analgésie intra-veineuse a été recueilli à partir des données du dossier chirurgical, et les niveaux de douleurs et d'anxiété ont été recueillis à plusieurs temps à l'aide d'une échelle visuelle numérique.

Les données ont été analysées sur 347 femmes (172 dans le groupe hypnose, 2 patientes se sont retirées de l'étude et 175 dans le groupe contrôle, 1 patiente exclue de l'analyse –cf. tableau).

63% des femmes du groupe hypnose ont reçu au moins une dose de sédation-analgésie vs 85% des femmes du groupe contrôle ($p < 0,0001$). Dans les 2 groupes, la première dose de sédation était majoritairement à l'initiative de la patiente et non du médecin (dans 95% des cas dans le groupe hypnose et dans 92% des cas dans le groupe contrôle, différence statistiquement non significative).

Les niveaux d'intensité douloureuse et d'anxiété ne différaient pas entre les deux groupes (EVN douleur à $39,7 \pm 25,4$ dans le groupe hypnose vs $42,1 \pm 27,9$ dans le groupe contrôle, et EVN anxiété à $34,3 \pm 27,4$ dans le groupe hypnose vs $33,1 \pm 27,6$ dans le groupe contrôle au moment de la succion/évacuation). L'équivalence (non infériorité) de l'hypnose a pu être établie pour la douleur mais pas pour l'anxiété. Néanmoins, au temps précédent (à savoir pendant l'examen gynécologique), le niveau d'anxiété était inférieur dans le groupe hypnose par rapport au groupe contrôle ($34,0 \pm 27,1$ vs $48,4 \pm 29,8$; $p < 0,0001$).

Les événements indésirables suivants ont été rapportés :

Pendant l'intervention (5/172 dans le groupe hypnose vs 2/175 dans le groupe contrôle)

- Dans le groupe hypnose : 1 cas d'atonie utérine, 3 épisodes d'instabilité hémodynamiques (réactions vagales), 1 épisode de vomissements
- Dans le groupe contrôle : 1 perforation utérine, 1 épisode d'instabilité hémodynamique (réaction vagale).

En salle de réveil

- Dans le groupe hypnose : 6/172 épisodes de nausées/vomissements, 5/172 épisodes de vertiges, et 10/172 de somnolence
- Dans le groupe contrôle : 8/175 épisodes de nausées/vomissements, 6/175 épisodes de vertiges, et 7/175 de somnolence.

Au total, cette étude n'a pas rempli la totalité des critères préétablis de succès de l'intervention. Cependant, les auteurs estiment qu'au vu de la réduction du recours à la sédation/analgésie observée dans le groupe hypnose et au vu de l'équivalence concernant les niveaux d'intensité douloureuse entre les 2 groupes, l'hypnose utilisée en méthode adjuvante de prise en charge de la douleur lors d'une interruption chirurgicale de grossesse présente un intérêt par rapport à une prise en charge standard.

Ils soulignent l'utilisation d'un protocole standardisé, qui représente à la fois un avantage en terme méthodologique, mais qui peut constituer une limite, du fait que pour être optimale l'intervention d'hypnose doit être personnalisée. Ils discutent également les biais liés à l'absence d'aveugle, et estiment que l'utilisation de plusieurs outcomes combinés permet de limiter ces biais (selon les auteurs un moindre recours à la sédation lié uniquement à une attitude différente du médecin aurait été associé à des niveaux de douleur et d'anxiété plus élevés chez le patient). Cependant, l'évaluateur n'était pas non plus en aveugle, et il est donc possible que malgré ces précautions, des biais liés à l'absence d'aveugle aient persisté. Enfin, rappelons que le design choisi (comparaison de l'adjonction d'hypnose à la prise en charge standard) ne permet pas de tirer des conclusions sur les effets spécifiques ou non spécifiques de l'hypnose (il n'y a en effet pas de comparaison à un « placebo d'hypnose ») mais d'observer l'effet global de cette intervention dans un contexte clinique donné.

Dans un article complémentaire (Marc, Rainville et al. 2009), les auteurs présentent la satisfaction des patientes vis-à-vis de l'intervention d'hypnose. Immédiatement après l'intervention, il était demandé aux patientes du groupe hypnose de décrire quelles stratégies elles avaient utilisées. De plus, un rendez-vous de suivi était proposé 1 mois après l'intervention (avec une indemnisation de

40 dollars pour couvrir les frais de déplacement des patientes). A cette occasion, il était demandé aux patientes de répondre à un auto-questionnaire. 152/174 patientes ont répondu à ce questionnaire dans le groupe hypnose et 138/176 patientes dans le groupe contrôle.

Concernant les stratégies utilisées par les patientes en état d'hypnose, la stratégie préférée consistait en l'utilisation d'une image mentale (lieu de sécurité, 71% des cas). Les autres stratégies les plus fréquemment reportées étaient le recours à l'expérience de sortie « hors du corps »(ou dissociation) (42%) et l'analgésie focalisée (39%).

Concernant la satisfaction, les patientes du groupe hypnose appréciaient davantage que les femmes du groupe contrôle être accompagnées par un professionnel de santé pendant l'opération (97% vs 57% ; $p<0,0001$), et elles étaient plus nombreuses à pouvoir retrouver une activité normale immédiatement après la sortie de l'hôpital (72% vs 56% ; $p<0,01$).

99% des femmes du groupe hypnose se sont déclarées satisfaites de leur expérience et 97% des patientes du groupe hypnose affirmaient qu'elles recommanderaient ce type d'intervention.

Médecine ou radiologie interventionnelle

Notre revue de la littérature a identifié 4 articles (Lang, Benotsch et al. 2000; Lang and Rosen 2002; Lang, Berbaum et al. 2006; Lang, Berbaum et al. 2008) correspondant à 3 essais.

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Lang 2000 Lancet Lang 2002 Radiology				
-RCT - 3 groupes - en simple aveugle. -Pas d'estimation du nombre de sujets nécessaires - Randomisation, dissimulation de l'affectation dans des enveloppes scellées -étude monocentrique Réalisée sur une période 11 mois au Beth Israël Medical Center, Boston Agrément du comité institutionnel.	-Suivi : le temps de la procédure (de 15 à 195 minutes selon les patients) Mesures : - Intensité douloureuse et anxiété pré-opératoires, et peropératoires (toutes les 15 minutes) -quantité de sédatifs/antalgiques utilisés	Sujets : adultes adressés pour des interventions transcatheter percutanées à visée diagnostiques et thérapeutiques vasculaires périphériques ou rénales (en ambulatoire ou en hospitalisation). Exclusions : BPCO sévères, psychose, intolérance au midazolam ou au fentanyl, grossesse, incapacité d'entendre ou de comprendre l'anglais. Randomisation : 241 sujets -soins courants peropératoires : 79 -attention structurée : 80 - hypnose : 82 18 à 92 ans, âge moyen de 56 ans 47% d'hommes Analyse en ITT	3 groupes : -Groupe hypnose : traitement standard + attention structurée + relaxation par auto-hypnose (accompagnement standardisé). Les auteurs parlent d'auto-hypnose, mais la présence d'un professionnel aux côtés du patient pendant toute l'intervention ferait plutôt référence à de l'hypnose. Un script d'induction était lu aux patients. En cas d'angoisse/de soucis, le professionnel devait aussi se référer à un script pour les prendre en charge. Le script utilisé a évolué : les 29 premiers patients ont eu un script, et les 53 suivants un autre, qui permettait un rapide retour à l'état de veille, ce qui était plus adapté au type de procédures. De plus, les patients étaient invités à rouler leurs yeux vers le haut, fermer les paupières, respirer profondément, se concentrer sur une sensation de flottement. Les images auto générées étaient utilisées pour aider le patient à se concentrer sur une expérience sûre et plaisante dans un état de relaxation. -Groupe contrôle soins peropératoires standards : traitement standard uniquement -Groupe attention structurée : traitement standard + présence d'un professionnel supplémentaire prodiguant une attention structurée (de manière standardisée). L'attention structurée est composée de 8 éléments clés : s'adapter au schéma de communication verbale et non verbale du patient, écoute attentive, alimenter la perception de contrôle du patient, réponse rapide à ses demandes, encouragements, utilisation d'adjectifs descriptifs émotionnellement neutres, évitement des suggestions négatives. Le professionnel supplémentaire présent dans les groupes attention structurée et auto-hypnose était vêtu comme les autres personnels présents au bloc, il était du côté de la tête du patient, séparé de l'équipe interventionnelle par un bouclier mobile transparent. Sa conversation ne pouvait être entendue par les intervenants, qui ne pouvaient donc distinguer les patients recevant l'attention structurée de ceux accompagnés en auto hypnose. Pour tous les patients : -analgésie intraveineuse (fentanyl et midazolam) contrôlée par le patient : celui-ci pressait un bouton pour alerter le personnel soignant, qui délivrait alors le médicament. Dans certains cas, définis dans le protocole, une délivrance pouvait être réalisée sans la demande du patient (par ex : TA>180mmHg ne se normalisant pas sous nifedipine) Formation des intervenants : 4 novices (2 étudiants en médecine, une infirmière, un étudiant en psychologie) ont été formés (24 heures de formation par cours, jeux de rôle, lectures, pratique clinique supervisée, puis 8 heures d'atelier) Etude de la fidélité des traitements administrés : toutes les interventions ont été filmées. 55 (23%) ont été tirées au sort et visionnées par 2 assistants de recherche afin d'évaluer la fidélité des traitements.	-intensité douloureuse pré et per opératoire (EN de 0 à 10). -anxiété pré et per opératoire (EN de 0 à 10, avec 0= aucune anxiété et 10 : terrifié). -quantité de sédatifs/antalgiques utilisés en peropératoire (en unités de 1 mg de midazolam et de 50 µg de fentanyl). -évènements indésirables : désaturation en oxygène (<89%), nécessité d'intubation, hypoxémie prolongée ; instabilité hémodynamique ; saignement des points de ponction, somnolence liée à une hypersédation, désorientation ; vomissements ; comportement du patient posant problème (cris, pleurs, empoignement du personnel...)

(Lang, Benotsch et al. 2000) ont voulu tester leur hypothèse, selon laquelle l'adjonction d'une méthode antalgique non pharmacologique permettrait de réduire la douleur et l'anxiété perçues par le patient au cours d'une procédure de radiologie interventionnelle, de diminuer la quantité de sédatif intraveineux nécessaire, d'augmenter la sécurité de la procédure et d'en réduire la durée.

241 patients devant réaliser un examen de radiologie interventionnelle ont été randomisés en 3 groupes : traitement standard (n=79), traitement standard + attention structurée (n=80) et traitement standard + relaxation par hypnose (n=82). Aucun patient ne s'est retiré de l'étude pendant la durée d'observation. L'attention structurée et l'hypnose étaient prodiguées par un professionnel de santé spécifiquement formé pour l'étude (cf. tableau ci-dessus). Les opérateurs pouvaient distinguer si le patient était dans le groupe traitement standard (absence du professionnel de santé supplémentaire) mais ne pouvaient distinguer entre les groupes « hypnose » et « attention structurée », car ils n'entendaient pas le discours du professionnel qui prodiguait ces 2 traitements (qui était placé à la tête du patient et séparé des intervenants par un bouclier de protection transparent).

Plusieurs critères de jugement ont été évalués. Des ANOVA ont été utilisées pour comparer les moyennes de durée d'intervention et de quantité de traitement sédatif/antalgique administré entre les 3 groupes. Les mesures répétées (pour l'intensité douloureuse et le niveau d'anxiété) ont été modélisées (modèle linéaire mixte) et les pentes ont été comparées entre les 3 groupes (test de Wald).

La durée moyenne de l'intervention était significativement inférieure dans le groupe hypnose par rapport au groupe traitement standard (61 minutes versus 75 minutes). La durée de l'intervention dans le groupe attention structurée était intermédiaire (67 minutes en moyenne), sans différence statistiquement significative avec les 2 autres groupes.

Il y avait une différence statistiquement significative dans la quantité de traitement reçu entre les 3 groupes (0,8 unités dans le groupe attention structurée et 0,9 unités dans le groupe hypnose versus 1,9 unités dans le groupe traitement standard). Les scores de douleur et d'anxiété ne différaient pas entre les groupes pendant les 45 premières minutes. Ensuite, les évolutions étaient différentes : l'intensité douloureuse augmentait avec le temps dans les groupes traitement standard et attention structurée, alors qu'elle demeurait stable dans le groupe hypnose. L'anxiété diminuait au cours du temps dans les 3 groupes, davantage dans le groupe hypnose par rapport au groupe traitement standard (différence de pente statistiquement significative ; $p < 0,005$). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre le groupe attention structurée et le groupe traitement standard.

La fréquence de 8 catégories d'effets indésirables a été comparée entre les groupes 2 à 2. Après correction de Bonferroni, il restait 2 différences statistiquement significatives : la survenue d'épisodes de désaturation en oxygène restait plus fréquente dans le groupe standard par rapport au groupe attention structurée (21/79 versus 4/80), et la survenue d'instabilité hémodynamique était plus fréquente dans le groupe standard par rapport au groupe hypnose (12/79 versus 1/82).

Les auteurs concluent que l'adjonction de méthodes non pharmacologiques ont un effet positif sur les niveaux de confort du patient par rapport au niveau de confort dans les conditions standards de prise en charge, et ce malgré une diminution de moitié de la quantité d'antalgiques et d'anxiolytiques administrés. Ils estiment que l'attention structurée permet déjà une tendance à l'amélioration du confort, et que l'addition de l'hypnose rend cette amélioration statistiquement significative. Ils soulignent également la diminution du nombre des effets indésirables, qu'ils attribuent en partie à la diminution des doses de traitement administré, mais pas uniquement. En effet, observant des différences d'effet entre l'attention structurée et l'hypnose, bien que ces 2 techniques aient permis une même diminution de la quantité de traitement administré, ils estiment que l'hypnose doit mettre en jeu d'autres leviers d'action, qui restent à déterminer.

Nous souhaitons souligner que l'article rapporte de manière très détaillée les différentes modalités d'intervention, la formation des intervenants et la vérification de la fidélité des interventions prodiguées. Les auteurs ont fait le choix de standardiser les interventions, ce qui a le mérite de permettre une reproductibilité de l'approche, mais ne prend pas en compte l'avis de certains experts pour qui l'hypnose est une pratique qui doit être adaptée à chaque patient. Il est par ailleurs nécessaire de rappeler quelques limites méthodologiques inhérentes à cette étude par ailleurs très bien conduite et détaillée. Il n'y a pas eu d'estimation du nombre de sujets nécessaires, la dissimulation de l'affectation n'était pas optimale (technique des enveloppes scellées qui rend possible une prise de connaissance anticipée, à l'inverse d'une procédure centralisée de randomisation, qui garantit réellement l'imprévisibilité). La procédure permettait de garantir l'aveugle côté professionnels opérateurs entre les groupes « hypnose » et « attention structurée », mais permettait aux opérateurs de les différencier du groupe « traitement standard », des biais liés à l'absence d'aveugle ne peuvent donc être exclus. Par ailleurs, il est difficile de distinguer les effets liés à la présence d'un professionnel supplémentaire aux côtés du patient des effets propres de l'attention structurée ou de l'hypnose. De plus, les critères de jugement n'ont pas été hiérarchisés, et les corrections de Bonferroni ont été appliquées au sein de l'analyse sur les effets indésirables mais pas sur l'ensemble des tests, on peut donc craindre une inflation du risque alpha lié à la multiplicité des tests.

Enfin, soulignons que si les auteurs ont mis en évidence des différences statistiquement significatives entre les groupes « attention structurée » ou « hypnose » et « traitement standard », ils n'ont pas rapporté de différence statistiquement significative entre les groupes « hypnose » et « attention structurée ».

Dans un article complémentaire (Lang and Rosen 2002), Lang et son équipe se sont intéressés à l'aspect médico-économique de l'utilisation de l'hypnose versus sédation par traitement standard. Ils n'ont pas comparé les coûts du groupe « attention structurée ».

Ils rapportent que les coûts associés à une sédation standard sont de 638\$, contre 300\$ pour une hypnosédation. Ces résultats ont été rapportés sur la base des observations réalisées pendant l'étude (Lang, Benotsch et al. 2000):

- temps d'occupation de la salle de 78 minutes pour la sédation standard versus 61 minutes pour l'hypnosédation.
- Absence de surcoût de personnel pour l'hypnosédation (celle-ci étant pratiquée par un des professionnels présents).
- Absence de complications dans 49% des cas pour la sédation standard versus 78% des cas pour l'hypnosédation.
- Pour le groupe sédation standard : complications à type d'hyper sédation dans 40% des cas menant à des soins standards (0,375), une observation intensive (0,375) ou une admission (0,25) ou à type d'hypo sédation dans 60% des cas menant à des soins standards (0,05), une observation intensive (0,87) ou une admission (0,08).
- Pour le groupe hypnosédation : complications à type d'hyper sédation dans 50% des cas menant à des soins standards (0,56), une observation intensive (0,44) ou une admission (0,00) ou à type d'hypo sédation dans 50% des cas menant à des soins standards (0,00), une observation intensive (1,00) ou une admission (0,00).

L'estimation des coûts des admissions a été faite à partir des données de coûts assignées à chaque groupe de diagnostic (DRG diagnosis related group) par la HFCA (Health Care Financing Administration).

Des analyses de sensibilité ont été réalisées, montrant que l'hypnosédation restait coût efficace jusqu'à une durée additionnelle de temps opératoire de 58 minutes. De même, toutes choses

égales par ailleurs, l'ajout d'un professionnel supplémentaire prodiguant l'intervention d'hypnose restait coût-efficace jusqu'à un salaire de 330\$ par heure.

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Lang 2006 Pain				
-RCT - 3 groupes - en ouvert -Calcul du nombre de sujets nécessaires : en se basant sur les résultats de l'étude précédente (Lang 2000), avec une puissance de 80% : 240 sujets - Randomisation, dissimulation de l'affectation dans des enveloppes scellées, ouverture des enveloppes à l'entrée du patient dans la salle d'intervention. -étude monocentrique Recrutement de Février 2002 à Mars 2004 Agrément du comité institutionnel.	-Suivi : le temps de la procédure Mesures : - Intensité douloureuse et anxiété avant et pendant l'intervention (toutes les 10 minutes)	Sujets : femmes adressées pour macrobiopsie mammaire dans un centre de soins tertiaire. Exclusions : troubles mentaux (déjà traités par le Mini), psychose (déjà traitée par le Schedule for affective disorders and schizophrenia), incapacité d'entendre ou de comprendre l'anglais. Randomisation : 240 sujets mais 4 retraits précoces (à l'entrée dans la salle d'intervention) -soins courants : 78 -empathie : 82 - hypnose : 80 Analyse 236 sujets ; 100% de femmes -soins courants : 76 -empathie : 82 - hypnose : 78	3 groupes : -Groupe hypnose : traitement standard + empathie + relaxation par auto-hypnose (accompagnement standardisé). Un script d'induction était lu aux patients. En cas d'anxiété/de soucis, le professionnel devait aussi se référer à un script pour les prendre en charge. Le script invitait les patients à rouler leurs yeux vers le haut, fermer les paupières, respirer profondément, se concentrer sur une sensation de flottement et une expérience agréable. -Groupe contrôle soins standards : traitement standard uniquement. L'équipe accompagne et réconforte le patient selon sa manière de faire habituelle (prévention à l'arrivée d'un stimulus douloureux, expression de sympathie...). Un assistant de recherche était présent pour recueillir les scores d'anxiété et d'intensité douloureuse. -Groupe empathie + attention structurée : traitement standard + l'assistant de recherche prodiguait une attention structurée (de manière standardisée). L'attention structurée est composée de 8 éléments clés : s'adapter au schéma de communication verbale et non verbale du patient, écoute attentive, alimenter la perception de contrôle du patient, réponse rapide à ses demandes, encouragements, utilisation d'adjectifs descriptifs émotionnellement neutres, évitement des suggestions négatives, Pour tous les patients : -Biopsie écho ou radio guidée. Anesthésie locale à la lidocaïne. Formation des intervenants (2 médecins, 2 étudiants en médecine, une étudiante en médecine avec une formation en psychologie) : ateliers, vidéos, cours sur internet, lectures, pratique clinique supervisée. Etude de la fidélité des traitements administrés : toutes les interventions ont été filmées. 57 (24%) ont été tirées au sort et visionnées par 2 évaluateurs non impliqués dans la recherche afin d'évaluer la fidélité des traitements.	-intensité douloureuse avant et pendant l'intervention (EN de 0 à 10), toutes les 10 minutes. -anxiété avant l'intervention : STAI-Y (anxiété-état), et pendant l'intervention : EN de 0 à 10, avec 0= aucune anxiété et 10 : terrifié, toutes les 10 minutes. -événements indésirables (selon les standards de la société de radiologie interventionnelle) -durée de l'intervention (défini comme la durée d'occupation de la salle d'intervention) -coût (à partir des coûts par minute suivants : 2,131\$ pour les radiologistes, 0,692\$ pour les internes, 0,726\$ pour les techniciens, 0,730 \$ pour l'équipement et les locaux, 0,373\$ pour l'assistant de recherche prodiguant l'hypnose ou l'empathie.

Dans leur article, (Lang, Berbaum et al. 2006) ont cherché à évaluer l'efficacité de l'empathie et de l'hypnose par rapport aux soins standards sur la douleur, l'anxiété, la durée et le coût d'une macro biopsie mammaire.

240 patients ont été randomisés en 3 groupes, 4 patients se sont retirés de l'étude avant le début de l'intervention. Au total, 236 patientes ont été analysées : 76 dans le groupe « soins courants », 82 dans le groupe « soins courants + empathie » et 78 dans le groupe « soins courants + empathie + hypnose ». Les interventions en empathie et en hypnose étaient prodiguées par des professionnels spécialement formés pour l'étude, et l'adhérence au protocole d'intervention a été testée (par évaluation d'un échantillon de vidéos tirées au sort) et jugée de bonne qualité.

L'anxiété et l'intensité douloureuse ont été mesurées au début de l'intervention puis toutes les 10 minutes à l'aide d'échelle numérique de 0 à 10. Les auteurs ont montré que l'intensité douloureuse augmentait au cours de la procédure dans les 3 groupes, (pente du groupe soins courants = 0,53 ; pente du groupe empathie = 0,37 ; pente du groupe hypnose = 0,34), avec une augmentation de l'intensité douloureuse supérieure dans le groupe standard par rapport aux groupes empathie et hypnose (différences statistiquement significatives, avec $p=0,024$ et $p=0,018$ respectivement). Il n'y avait par contre pas de différence statistiquement significative entre les groupes empathie et hypnose. Concernant l'anxiété, celle-ci augmentait au cours de la procédure dans le groupe soins courants, restait stable au cours du temps dans le groupe empathie et diminuait au cours du temps dans le groupe hypnose. Les différences étaient statistiquement significatives entre les 3 groupes (soins courants versus empathie $p<0,01$; soins courants versus hypnose : $p<0,001$; et également empathie versus hypnose : $p<0,01$).

Des effets indésirables ont été rapportés : 7 dans le groupe traitement standard (5 hématomes, 1 malaise vagal, 1 vomissement), 11 dans le groupe empathie (9 hématomes, 2 malaises vagues) et 3 dans le groupe hypnose (3 hématomes). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes.

Enfin les durées des interventions ne différaient pas significativement entre les 3 groupes (46 minutes dans le groupe standard versus 43 minutes dans le groupe empathie et 39 minutes dans le groupe hypnose), ni les coûts associés.

Au total, les auteurs ont mis en évidence une différence statistiquement significative de l'évolution de l'anxiété au cours de la procédure entre les 3 groupes, avec une supériorité d'efficacité de l'hypnose sur l'empathie, elle-même supérieure aux soins courants. L'évolution de l'intensité douloureuse différait également selon les groupes, avec une supériorité de l'hypnose et de

l'empathie sur les soins courants (sans différence entre l'empathie et l'hypnose). Plusieurs limites méthodologiques sont à souligner, en particulier les biais liés à l'absence d'aveugle et les biais d'évaluation, les recueils des scores d'anxiété et d'intensité douloureuse étant effectués par l'assistant de recherche qui prodiguait également le traitement.

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Lang 2008 J Vasc Interv Radiol				
-RCT - 3 groupes - en ouvert -Calcul du nombre de sujets nécessaires : en se basant sur les résultats de l'étude précédente (Lang 2000), avec une puissance de 80%, en prenant en compte l'attrition: 282 sujets au total (94 par groupe) - Randomisation, dissimulation de l'affectation dans des enveloppes scellées, ouverture des enveloppes juste avant l'entrée du patient dans la salle d'intervention. -étude monocentrique Centre de soins tertiaires Recrutement de Septembre 2004 à Juin 2006 Agrément du comité institutionnel.	-Suivi : le temps de la procédure Mesures : - Intensité douloureuse et anxiété avant et pendant l'intervention (toutes les 15 minutes) -quantité de sédatifs/antalgiques consommés -survenue des événements indésirables	Sujets : patients adressés pour traitement tumoral percutané par chimioembolisation ou ablation par radiofréquence Exclusions : poids<55kgs, BPCO sévère, oxygénothérapie à domicile, intolérance au fentanyl et/ou au midazolam, grossesse, troubles mentaux sévères, psychose, score <26 au Mini), incapacité d'entendre ou de comprendre l'anglais. Randomisation : 201 sujets -soins courants : 70 -empathie : 65 - hypnose : 66 Arrêt prématuré de l'étude au vu de la fréquence élevée de survenue des effets indésirables dans le groupe empathie. Analyse en ITT Comparaison des 3 groupes 2 à 2 avec utilisation des corrections de Bonferroni (0,05/3 =0,0167)	3 groupes : -Groupe contrôle soins standards : traitement standard uniquement. Pour les groupes empathie et hypnose, un assistant de recherche était présent pour prodiguer l'intervention, placé à la tête du patient et séparé des intervenant par un bouclier mobile transparent. -Groupe empathie: traitement standard + l'assistant de recherche prodiguait une attention structurée (de manière standardisée). L'attention structurée est composée de 8 éléments clés : s'adapter au schéma de communication verbale et non verbale du patient, écoute attentive, alimenter la perception de contrôle du patient, réponse rapide à ses demandes, encouragements, utilisation d'adjectifs descriptifs émotionnellement neutres, évitement des suggestions négatives, -Groupe hypnose : traitement standard + empathie + relaxation par auto-hypnose (accompagnement standardisé). Un script d'induction était lu aux patients. En cas d'angoisse/de soucis, le professionnel devait aussi se référer à un script pour les prendre en charge (qui les invitait à projeter leurs craintes sur la partie gauche d'un écran imaginaire et de trouver des solutions sur la partie droite). Le script invitait les patients à rouler leurs yeux vers le haut, fermer les paupières, respirer profondément, se concentrer sur une sensation de flottement et une expérience agréable. Pour tous les patients : - Anesthésie locale, perfusion IV, antibioprophylaxie. Prémédication selon le protocole, en fonction du type de tumeur et de la technique utilisée. Surveillance continue (FC, ECG, FR, Sat O2) et mesure de la TA toutes les 5 minutes Analgesie intraveineuse (fentanyl et midazolam) contrôlée par le patient : celui-ci pressait un bouton pour alerter le personnel soignant, qui délivrait alors le médicament. Dans certains cas, définis dans le protocole, une délivrance pouvait être réalisée sans la demande du patient (hypertension, tachycardie, agitation). Formation des 6 intervenants (3 médecins, 2 étudiants en médecine, une étudiante en premed avec une formation en psychologie) : ateliers, vidéos, cours sur internet, lectures, pratique clinique supervisée. Etude de la fidélité des traitements administrés : toutes les interventions ont été filmées. 57 (28%) ont été tirées au sort et visionnées par 2 évaluateurs non impliqués dans la recherche afin d'évaluer la fidélité des traitements.	-intensité douloureuse avant et pendant l'intervention (EN de 0 à 10), toutes les 15 minutes. -anxiété avant l'intervention : STAI (anxiété-état), et pendant l'intervention : EN de 0 à 10, avec 0= aucune anxiété et 10 : terrifié, toutes les 15 minutes. -quantité de sédatifs/antalgiques utilisés en peropératoire (en unités de 1 mg de midazolam et de 50 µg de fentanyl). -événements indésirables (nécessitant une attention médicale supplémentaire pour restaurer une stabilité hémodynamique et cardiorespiratoire) -Durée de l'intervention

Dans leur article, (Lang, Berbaum et al. 2008) ont cherché à évaluer l'efficacité de l'empathie et de l'hypnose par rapport aux soins standards sur la douleur, l'anxiété, la consommation médicamenteuse et les événements indésirables associés au traitement percutané d'une tumeur (par chimio-embolisation ou radiofréquence).

201 patients ont été randomisés en 3 groupes : traitement standard, empathie : traitement standard + attention structurée prodiguée par un professionnel supplémentaire, ou traitement hypnose : standard + attention structurée + hypnose (toujours prodiguée par un professionnel supplémentaire). Tous les patients bénéficiaient d'une anesthésie locale et d'une analgésie intraveineuse qu'ils pouvaient contrôler. De plus, l'analgésie pouvait aussi être administrée au patient sans qu'il en fasse la demande, sur la base de certains critères cliniques (clairement formulés dans le protocole). Les critères de jugement étaient l'intensité douloureuse et le niveau d'anxiété, rapportées toutes les 15 minutes par le patient (en utilisant des échelles numériques de 0 à 10). De plus, la consommation médicamenteuse était évaluée en unités requises (1 unité correspondait à 50 µg de fentanyl et 1 mg de midazolam), et les événements indésirables étaient rapportés.

Les patients du groupe hypnose ont présenté des scores d'intensité douloureuse et de niveau d'anxiété significativement inférieurs au groupe de traitement standard à certains temps (15-30 et 30-45 minutes), et significativement inférieurs au groupe empathie à d'autres temps (30-45 et 75-90 minutes pour l'anxiété, 15-30, 30-45, 75-90 et 120-135 minutes pour la douleur), ainsi qu'une consommation médicamenteuse réduite (2 unités en moyenne versus 3 dans le groupe standard et 3,5 dans le groupe empathie ; différences statistiquement significatives). La fréquence de survenue des effets indésirables était significativement plus élevée dans le groupe empathie par rapport aux 2 autres groupes (48% versus 12% dans le groupe hypnose et 26% dans le groupe traitement standard), ce qui a entraîné un arrêt prématuré de l'étude.

La durée de l'intervention ne différait pas de manière significative entre les groupes.

Au total, les auteurs n'ont pas observé les résultats qu'ils attendaient dans le groupe empathie au vu des études précédentes. En effet, ils constatent une différence d'effet très importante entre l'empathie et l'empathie + hypnose, avec un effet nocif du groupe « empathie seule ». Ils proposent d'expliquer cette différence par le fait que l'hypnose, en proposant au sujet de se centrer sur lui-même (focalisation interne de l'attention, pratique introspective), permet le développement de facultés d'auto-adaptation. A l'inverse, l'approche empathique seule, qui

propose une focalisation externe de l'attention, ne permettrait pas au patient de développer ses facultés d'auto adaptation, ce qui conduirait selon les auteurs à augmenter la survenue des événements indésirables. Toujours selon les auteurs, les patients du groupe standard (sans focalisation externe de l'attention) pourraient pour certains avoir aussi eu recours à des mécanismes d'auto adaptation (en faisant spontanément de l'auto hypnose) alors que les patients du groupe « empathie » auraient été privés de cette possibilité, ce qui expliquerait la différence de survenue des événements indésirables observés entre ces 2 groupes. Pour les auteurs, il apparaît donc que des prises en charges additionnelles non spécifiques sont à considérer avec précaution, car elles peuvent faire plus de mal que de bien.

Cependant, il faut rappeler que ces résultats sont à considérer avec prudence. L'essai a été réalisé en ouvert, les professionnels qui prodiguaient l'empathie et l'hypnose étaient aussi ceux qui recueillaient les niveaux d'intensité douloureuse / d'anxiété, avec donc de possibles biais liés à l'absence d'aveugle et des biais d'évaluation. Les techniques utilisées (empathie et hypnose) avaient été standardisées, elles ont de plus fait l'objet d'une étude de fidélité au protocole, et la fidélité a été jugée bonne. Cependant, d'autres éléments liés à l'intervention et non standardisés ont pu entrer en compte : les auteurs soulignent dans leur discussion que les réactions de l'équipe soignante n'ont pas été les mêmes en cas d'empathie ou en cas d'hypnose. Ainsi, dans le groupe empathie, les infirmières présentes dans la salle ont davantage interagi avec le patient et le praticien (qui prodiguait l'intervention). Cette interaction s'est essentiellement manifestée sous la forme de témoignage d'expériences de la part des infirmières qui réagissaient à des sujets amenés par le patient. Selon les auteurs, de tels témoignages ont pu être vécus par les patients comme des marques de désintérêt de la part des infirmières, et jouer un rôle inverse à celui recherché (marque de désintérêt plutôt qu'empathie). Il semble donc important, lorsqu'on conçoit une intervention de ce type, de penser en amont aux possibles interactions induites par ces interventions entre les autres soignants présents et le patient. Inclure ces soignants dans le protocole de l'intervention, en leur proposant par exemple une conduite à tenir à suivre ou une formation qui aille dans le sens de l'intervention proposée, permettrait de limiter les effets contre productifs.

Par ailleurs, soulignons que l'essai a été arrêté prématurément, et que le plan d'analyse initial n'a pu être réalisé.

Au total, concernant la chirurgie et la médecine/radiologie interventionnelle :

- 6 essais (n=100 à n=350) ont rapporté un bénéfice de l'hypnose.
- L'intervention en hypnose était toujours standardisée mais prenait des formes variables : audio CD (Mackey), intervention courte (15 minutes) précédant la chirurgie (Montgomery, Weltz et al. 2002), ou intervention pendant toute la durée de la chirurgie ou procédure radiologique/médicale invasive (Lang, Benotsch et al. 2000; Lang, Berbaum et al. 2006; Lang, Berbaum et al. 2008; Marc, Rainville et al. 2008).
- 3 essais étaient des essais à 2 bras (Mackey ; Montgomery, Weltz et al. 2002; Marc, Rainville et al. 2008), et 3 autres à 3 bras (Lang, Benotsch et al. 2000; Lang, Berbaum et al. 2006; Lang, Berbaum et al. 2008). Les groupes contrôles étaient variables : audio CD de musique relaxante, intervention contrôle pré chirurgicale de 15 minutes (afin de contrôler sur l'attention accordée par un professionnel), attention structurée, empathie ou soins standards uniquement.
- Les critères de jugement étaient hiérarchisés dans 1 seul essai (Marc, Rainville et al. 2008) ; ils n'étaient pas hiérarchisés dans les 5 autres essais. Ils étaient variables selon les études : consommation médicamenteuse (antalgiques/sédatifs), proportion de patients sédatisés, intensité douloureuse, anxiété, durée de l'intervention etc. En particulier :
 - 5 essais sur 6 (Mackey ; Lang, Benotsch et al. 2000; Montgomery, Weltz et al. 2002; Lang, Berbaum et al. 2008; Marc, Rainville et al. 2008) se sont intéressés à la consommation médicamenteuse (antalgiques et/ou sédatifs) en per opératoire, et ont tous rapporté un bénéfice de l'hypnose sur ce critère.
 - 4 essais se sont intéressés à la durée de l'intervention, avec des résultats divergents : 2 essais ont rapporté une diminution de la durée dans le groupe hypnose (Lang, Benotsch et al. 2000; Montgomery, Weltz et al. 2002), non retrouvée dans 2 autres essais (Lang, Berbaum et al. 2006; Lang, Berbaum et al. 2008).
- Les 6 essais sont de qualité variable, avec pour certains d'importantes limites méthodologiques.

➔ Au total, les 6 essais rapportent de manière concordante que l'hypnose permet de diminuer la quantité d'antalgiques et/ou de sédatifs administrés en per opératoire. Pour les autres critères de jugement, les résultats ne sont pas aussi concordants.

PSYCHIATRIE ET ADDICTOLOGIE

Schizophrénie

Une revue Cochrane s'est intéressée à l'évaluation de l'hypnose dans la schizophrénie (Izquierdo de Santiago and Khan 2007)

Revue	Indication	Nombre d'ECRs (Effectif Total)	Comparaisons comprises dans les critères d'inclusion	Critères de jugement (principaux)	Résultats principaux	Conclusion des auteurs cf. « Implications for practice »
(Izquierdo de Santiago and Khan 2007) Royaume-Uni 2007	Schizophrénie et troubles psychotiques connexes (avec exclusion des troubles bipolaires et des psychoses organiques)	3 essais (N=149) - randomisés ou contrôlés en double aveugle (avec randomisation implicite) - tous antérieurs à 1983, et sur du court terme (1, 4 et 8 semaines)	Intervention : Hypnose avec ou sans cointervention Comparateur : - Soins standards ou autres traitements (→ 3 essais identifiés : tous à 3 bras versus relaxation ou traitement standard, 1 avec une cointervention « écouter de la musique classique » dans les 3 groupes)	Décès, état global, rechute → Aucune étude ne comportait ces outcomes Critère principal retenu : Sortie d'étude précoce Autres critères : état mental (score BPRS)	Versus traitement standard seul, traitement standard + relaxation ou + musique, les auteurs n'ont pas observé de différence statistiquement significative dans la fréquence des sorties d'étude dans le groupe hypnose par rapport aux autres groupes. Ils n'ont pas non plus observé de différence statistiquement significative sur l'évolution du score de l'état mental (score BPRS, 1 essai).	Les données disponibles sont très limitées. Elles suggèrent que l'hypnose utilisée en adjonction à d'autres traitements n'est pas dangereuse, au moins à court terme et chez des patients avec une symptomatologie chronique. Selon les auteurs, l'hypnose ne devrait à ce jour être considérée qu'en tant que traitement adjuvant et son utilisation, expérimentale, devrait être régulée et surveillée. Des études de bonne qualité sont nécessaires pour apporter plus d'éléments sur l'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de la schizophrénie.

Syndrome de stress post traumatique
(Lesmana, Suryani et al. 2009)

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Lesmana 2009 American Journal of Clinical Hypnosis				
-RCT - 2 groupes - en ouvert -Pas de calcul du nombre de sujets nécessaires - Randomisation (par choix à l'aveugle du sujet) -Il n'est pas mentionné d'accord de comité d'éthique.	-Suivi : 2 ans Mesures : -avant le traitement -à 2 ans de suivi Par questionnaire hétéroadministré.	Sujets : enfants de 6 à 12 ans présentant un syndrome de stress post traumatique suite aux attentats à la bombe de Bali en 2002. Un premier screening a permis d'identifier 514 enfants présentant des symptômes de SSPT. Par la suite 226 répondaient aux critères diagnostics du DSM-IV-TR. Exclusions : non spécifiées Randomisation : 226 sujets - hypnose : 48 - aucun traitement : 178 Analyse : 226 sujets - hypnose : 48 - aucun traitement : 178 Application des corrections de Bonferroni L'article ne présente pas de diagramme de flux. Il semblerait n'y avoir aucun perdu de vue.	2 groupes : -Groupe hypnose : spiritual hypnosis assisted therapy (SHAT). Séance unique en groupe (1 groupe de 23 et 1 groupe de 25 sujets) d'environ 30 minutes. Il s'agit d'une séance d'hypnose à laquelle est intégrée une composante spirituelle cohérente avec la culture balinaise. La séance débutait par une induction de type transe – méditation, yeux clos avec des respirations profondes. Lorsque les sujets étaient en transe, des suggestions leur étaient formulées, comme exprimer les émotions, visualiser le passé, se laisser guider par leur esprit pour choisir un souvenir traumatique particulier en lien avec l'attentat. Il leur était suggéré d'exprimer les émotions négatives en pleurant, criant ou en inspirant profondément et en expirant lentement. Le concept (familier dans le contexte culturel balinaise) que le pouvoir de Dieu les aiderait à gérer leurs émotions était également utilisé. Lors de la reviviscence des émotions il leur était suggéré de reconsidérer le problème avec la perspective du présent, de voir l'environnement autour d'eux, leurs proches, de se visualiser marchant sur les sites d'explosion des bombes. Ils étaient guidés pour comprendre la situation, et accepter que ce traumatisme appartenait au passé. Enfin il leur était suggéré que cette expérience traumatique les aiderait à faire face à de nouveaux défis sans avoir à porter la charge de ce traumatisme. -Groupe contrôle : absence de traitement	-% d'enfants présentant une amélioration des symptômes : défini par le pourcentage d'enfants qui ne présentaient plus un score élevé (de 4 ou 5) aux symptômes du SSPT, ce score élevé correspondant à une fréquence supérieure à 1 fois par semaine. -diminution des scores des symptômes de reviviscence, d'activation neurovégétative et d'évitement. Questionnaires administrés par 6 internes en psychiatrie avant le traitement et 2 ans après, évaluant notamment les symptômes de flashbacks, d'activation neurovégétative et d'évitement. Composé de 34 questions avec réponse de 1 à 5 selon la fréquence des symptômes, et de 2 questions ouvertes sur les facteurs déclenchants les souvenirs traumatiques et les cauchemars.

L'équipe de Lesmana a cherché à évaluer l'efficacité d'une forme d'hypnose particulière, intégrant un volet spirituel (faisant écho à la culture hindouiste balinaise) dans la prise en charge du syndrome de stress post traumatique. L'intervention consistait en une séance unique d'hypnose d'une durée approximative de 30 minutes et réalisée en groupe.

226 enfants entre 6 et 12 ans (9,83 ans en moyenne), présentant un syndrome de stress post traumatique (SSPT) suite aux attentats à la bombe de Kuta (Bali, 2002) ont été inclus dans l'étude. Ils ont été répartis en 2 groupes, un groupe intervention (n= 48) et un groupe contrôle sans aucune intervention (n=178).

Les auteurs parlent de randomisation mais le mode de randomisation est peu explicite et critiquable. L'attribution du traitement aurait découlé d'un choix entre 2 groupes réalisé à l'aveugle par le patient, mais la différence d'effectif entre les 2 groupes n'est pas explicitée et le processus de choix n'est pas détaillé. De plus des différences significatives ont été observées avant l'intervention entre les groupes sur l'âge et sur les scores obtenus à certains symptômes, ce qui accroît les doutes concernant la rigueur de la procédure de randomisation.

Des questionnaires hétéroadministrés par des internes en psychiatrie auprès de tous les enfants ont été remplis avant l'intervention et 2 ans après celle-ci. Ces questionnaires comportaient 34 questions cotées de 1 à 5 (de « jamais » à « presque tous les jours ») permettant en particulier d'évaluer les principaux symptômes du SSPT, à savoir la reviviscence (flashbacks, cauchemars), l'activation neuro-végétative et l'évitement. La consistance interne du questionnaire a été jugée bonne (alpha de Cronbach à 0,70 au 1^{er} temps de mesure et à 0,82 au seconde temps de mesure).

Les auteurs ont défini l'amélioration des symptômes comme le fait de passer d'un score de 4 ou 5 (correspondant à une fréquence de symptôme supérieure à 1 fois/semaine) à un score de 1, 2 ou 3 (correspondant à une fréquence inférieure ou égale à 1 fois/semaine). Ainsi, 77,1% des enfants du groupe hypnose SHAT ont présenté une amélioration de leurs symptômes à 2 ans versus 24,2% des enfants du groupe contrôle ($p > 0,0001$).

Plus précisément, la diminution de score pour le symptôme de reviviscence était de -1,81 dans le groupe intervention versus -0,99 dans le groupe contrôle ($p < 0,01$). Pour le symptôme d'activation neurovégétative, elle était de -1,00 dans le groupe intervention versus -0,47 dans le groupe contrôle ($p < 0,01$). Enfin, pour le symptôme d'évitement, elle était de -1,86 dans le groupe intervention versus -1,37 dans le groupe contrôle ($p < 0,05$).

Une certaine prudence est de mise dans l'interprétation de ces résultats. En effet, les auteurs ont insuffisamment précisé leur méthode de calcul des pourcentages d'amélioration (par exemple, il

n'est pas clair si celui-ci portait sur l'ensemble des 34 questions ou sur certaines questions seulement). Pour l'étude des différents symptômes il n'est pas clair si les auteurs ont utilisé des scores combinant les réponses à plusieurs items ou les scores à 1 seul item. De plus, les dimensions de l'instrument de mesure utilisé n'ont pas été étudiées et sa validité n'a pas été établie.

Au total, les auteurs concluent à l'efficacité d'un traitement bref par hypnose de type SHAT dans la prise en charge du syndrome de stress post traumatique chez les enfants, en soulignant ses avantages : brève, économique et réalisable en groupe à grande échelle. Ils reconnaissent cependant qu'il aurait été préférable d'avoir un groupe contrôle bénéficiant d'un traitement actif.

En effet, si ces résultats sont intéressants, soulignons les limites dans l'interprétation liées aux limites méthodologiques et au choix du groupe contrôle, qui ne permet pas de contrôler ni sur le temps passé avec le praticien, ni sur les croyances et attentes des sujets, ni de comparer la prise en charge de type hypnose SHAT à une autre prise en charge (de type EMDR ou thérapie cognitivo-comportementale etc.)... Afin de confirmer ou d'infirmer son intérêt, de nouvelles études, respectant mieux les standards méthodologiques et comparant l'hypnose de type SHAT à d'autres traitements actifs sont nécessaires.

EMDR et Syndrome de stress post-traumatique

Deux revues Cochrane se sont intéressées à l'effet des psychothérapies, dont l'EMDR, sur le syndrome de stress post traumatique : une chez l'adulte en 2013 (Bisson, Roberts et al.) et l'autre chez l'enfant et l'adolescent en 2012 (Gillies, Taylor et al.). Nous présentons ci-dessous le résumé de ces revues en ciblant les résultats principaux et les conclusions aux études incluses dans les revues qui évaluent l'EMDR (16 sur 70 dans la revue adulte et 2 sur 14 dans la revue enfant et adolescent). Des informations complémentaires sur ces revues avec un focus sur les études ayant évalué l'EMDR sont disponibles en annexe.

Revue	Indication	Nombre d'ECRs (Effectif Total)	Comparaisons comprises dans les critères d'inclusion	Critères de jugement (principaux)	Résultats principaux	Conclusion des auteurs cf. « Implications for practice »
(Bisson, Roberts et al.) Royaume-Uni 2013	Syndrome de stress post traumatique chez l'adulte	15 essais EMDR (n=780) sur 70 essais (n=4761) - randomisés	Intervention : Psychothérapie dont EMDR Comparateur : - Soins standards, liste d'attente, attention minimale, ou absence de traitement, ou autre type de psychothérapie	-Diminution de la sévérité des symptômes de SSPT (évaluation réalisée de manière standardisée et par un clinicien) -Pourcentage de drop out	- Sévérité des symptômes évaluée par un clinicien : Versus traitement standard ou liste d'attente, les participants du groupe EMDR présentaient une amélioration statistiquement significative de leurs symptômes immédiatement après le traitement (6 essais, n=183). Versus thérapie cognitivo comportementale centrée sur le traumatisme, il n'y avait pas de différence significative observée (7 essais, n=327). Versus un autre type de psychothérapie, il n'y avait pas de différence significative observée (2 essais, n=53). - Drop out : Versus traitement standard ou liste d'attente, il n'y avait pas de différence dans le pourcentage de sorties d'étude (7 essais, n=227). Versus thérapie cognitivo comportementale centrée sur le traumatisme, il n'y avait pas de différence dans le pourcentage de sorties d'étude (8 essais, n=400). Versus un autre type de psychothérapie, il n'y avait pas de différence dans le pourcentage de sorties d'étude (3 essais, n=84).	Les conclusions des auteurs portent sur l'ensemble des 70 essais. Ils concluent que les psychothérapies sont plus efficaces que le traitement standard ou la liste d'attente dans la prise en charge d'adultes souffrant de SSPT. Ils concluent également que la thérapie cognitivo comportementale centrée sur le traumatisme et l'EMDR sont les psychothérapies qui présentent les meilleurs niveaux de preuve à ce jour.

Revue	Indication	Nombre d'ECRs (Effectif Total)	Comparaisons comprises dans les critères d'inclusion	Critères de jugement (principaux)	Résultats principaux	Conclusion des auteurs cf. « Implications for practice »
(Gillies, Taylor et al.) Australie 2012	Syndrome de stress post traumatique chez l'enfant et l'adolescent	2 essais avec EMDR (n=65) sur un total de 14 essais (N=758) - randomisés ou quasi randomisés	Intervention : Psychothérapie dont EMDR Comparateur : - Soins standards, liste d'attente ou absence de traitement, ou autres traitements (psychothérapie, traitement pharmacologique ou autre)	Amélioration diagnostique (selon les critères CIM-10 ou DSM-IV TR) Amélioration symptomatique	Il n'y avait pas de différence significative entre les participants des groupes EMDR et contrôle sur l'évolution à court terme des scores globaux des symptômes de SSPT (2 études, n=65). Une étude (n=33) rapportait une diminution significative du sous-score des symptômes de reviviscence dans le groupe EMDR par rapport au groupe contrôle.	Les conclusions des auteurs portent sur l'ensemble des 14 essais. Ils concluent à l'efficacité des psychothérapies, en particulier de type cognitivo-comportementale dans la prise en charge du syndrome de stress post traumatique des enfants et adolescents. Les données ne sont pas suffisantes pour comparer l'efficacité des différents types de psychothérapie entre elles. Nous ajoutons qu'au vu du faible nombre d'essais évaluant l'EMDR chez les enfants et les adolescents, les données actuelles ne permettent pas de conclure à l'efficacité de l'EMDR dans cette indication pour cette population.

ADDICTOLOGIE

Sevrage tabagique

Une revue Cochrane publiée en 2010 (Barnes, Dong et al.) a été identifiée, ainsi que 2 essais randomisés : (Hasan, Zagarins et al.) et un essai en cluster en 2013 ayant inclus 223 patients (Dickson-Spillmann, Haug et al.).

Revue	Indication	Nombre d'ECRs (Effectif Total)	Comparaisons comprises dans les critères d'inclusion	Critères de jugement (principaux)	Résultats principaux	Conclusion des auteurs cf. « Implications for practice »
(Barnes, Dong et al.) Nouvelle-Zélande 2010	Sevrage tabagique Suivi minimum de 6 mois après le début de l'intervention	18 essais (N=1120) - essais contrôlés randomisés	Intervention : Hypnose avec ou sans cointervention Compareur : - aucune intervention ou autres traitements	Abstinence à 6 mois ou plus (qu'elle soit évaluée par auto-questionnaire ou sur des marqueurs biologiques). Effets indésirables	Il existait une forte hétérogénéité à la fois des interventions en hypnose et des groupes contrôle. Versus conseils ou attention brève (n=363, 5 essais), l'hypnose ne permettait pas d'augmenter significativement le taux de sevrage à 6 mois de suivi ou plus. Versus psychothérapie (n=211, 2 essais), ou versus psychothérapie+ patchs à la nicotine (n=141, 1 essai), il n'y avait pas de différence significative dans le taux de sevrage à 6 mois de suivi ou plus. Versus absence de traitement (n=20, 1 essai), le pourcentage de non fumeurs à 12 mois dans le groupe hypnose était significativement plus élevé.	Les données ne sont pas suffisantes pour recommander l'hypnothérapie comme un traitement spécifique du sevrage tabagique. De plus larges essais sont nécessaires, définissant clairement le type d'hypnose utilisée et utilisant des groupes contrôle avec des traitements actifs, de préférence avec un temps de contact avec le thérapeute similaire.

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Dickson-Spillmann 2013 BMC Public Health				
-Essai randomisé en cluster (par groupe de traitement) - 2 bras de traitement -en ouvert, mais le traitement reçu n'était révélé aux participants qu'à la fin de la séance -Calcul du nombre de sujets nécessaires en tenant compte du design en cluster (n=206) - Randomisation du groupe de traitement -Recrutement d'avril 2011 à Février 2012 -Agrément du comité d'éthique du canton de Zurich.	-Suivi : 6 mois Mesures : -avant l'intervention : données socio démographiques, consommation tabagique, test de Fagerström, Beck depression inventory (BDI), Beck anxiety inventory (BAI), modules santé mentale et santé physique du SF-12, IMC, concentration en cotinine sur prélèvement salivaire -à 2 semaines et à 6 mois : entretien téléphonique évaluant la consommation tabagique, les symptômes de sevrage (MNWS), effets secondaires, BDI, BAI, confirmation par prélèvement salivaire chez les abstinents >30 jours à 6 mois.	Sujets : adultes (>=18 ans) fumant >=5 cigarettes/jour, désirant arrêter de fumer et n'utilisant pas d'autre aide au sevrage pendant la période d'étude. Recrutement par voie d'annonce (internet et médias) Participation financière de 40 francs suisses demandée aux sujets Exclusions : usage aigu d'alcool ou d'autre substance psychoactive, symptômes psychotiques manifestes. →223 patients Randomisation : 21 sessions - hypnose : 11 (116 participants) - relaxation : 10 (107 participants) Suivi : A 2 semaines : -hypnose : 107 -relaxation : 101 A 6 mois -hypnose : 99 -relaxation : 87 Analyse réalisée en ITT	2 groupes : -Groupe hypnose : selon un script, induction, suggestions de déconnexion entre les expériences plaisantes et l'acte de fumer, approfondissement de la transe, ancrage, suggestions de se voir comme non fumeur et non comme fumeur, suggestions de résister à l'envie de fumer et suggestions de bonne gestion des symptômes liés au sevrage. -Groupe relaxation : relaxation en écoutant de la musique, pas d'approfondissement de la relaxation. Formulation des mêmes suggestions que dans le groupe hypnose. Les séances étaient conduites par un hypnothérapeute (le même pour les groupes hypnose et relaxation). Il s'agissait dans les 2 cas d'une séance unique d'1heure 40 décomposée comme suit : -40 minutes de psycho éducation (même intervention dans les 2 groupes) -Ensuite le thérapeute recevait un message lui informant quel type de thérapie il devait réaliser (hypnose ou relaxation) -40minutes d'intervention (hypnose ou relaxation) -20 minutes de debriefing Tous les sujets recevaient un CD de l'intervention reçue à la fin de la séance afin de pouvoir pratiquer à la maison.	Principal : -taux d'abstinence à 6 mois Secondaires : -symptômes de sevrage à la nicotine chez les abstinents : Minnesota Nicotine Withdrawal Test (MNWS) -efficacité et effets indésirables 2 semaines après l'intervention -consommation quotidienne chez les fumeurs à 2 et à 6 semaines.

L'équipe de Dickson-Spillmann a réalisé un essai randomisé en cluster (Dickson-Spillmann, Haug et al.) afin d'évaluer l'efficacité d'une séance unique d'hypnose dans le sevrage tabagique. Des thérapies de groupe étaient proposées : soit une séance unique d'hypnose, soit une séance unique de relaxation, ce qui permettait de contrôler sur le temps d'interaction avec le praticien et sur l'effet praticien (il s'agissait du même praticien dans les 2 groupes). La randomisation a été effectuée en cluster (par groupe de patients), et le praticien recevait après une première partie de séance identique dans les 2 bras de traitement, un message l'informant de la thérapie à délivrer (hypnose ou relaxation). Les patients n'étaient informés de la thérapie qu'ils avaient effectivement reçue qu'à l'issue de la séance.

Au total, 21 groupes (223 patients au total) ont été randomisés : 11 ont bénéficié d'une séance d'hypnose (avec un total de 116 patients) et 10 d'une séance de relaxation (avec un total de 107 patients).

Des entretiens téléphoniques de suivi étaient réalisés à 2 semaines puis à 6 mois.

Le critère de jugement principal était le taux d'abstinence à 6 mois. Dans le groupe hypnose, 14,7% des sujets rapportaient être abstinents versus 17,8% des sujets du groupe relaxation (différence non significative). Les résultats avec validation biologique du sevrage (par dosage de la cotinine sur prélèvement salivaire) ne sont pas présentés dans l'article. Les critères de jugement secondaires suivants : taux d'abstinence à 2 semaines, consommation tabagique à 6 mois chez les non abstinents, effets indésirables, ne différaient pas significativement entre les groupes. Seul le score évaluant les symptômes de sevrage à la nicotine (score au MNWS) était significativement réduit dans le groupe hypnose par rapport au groupe relaxation, mais l'effet observé était mineur.

Au total, cette étude n'a pas permis de mettre en évidence de supériorité d'une séance unique d'hypnose par rapport à une séance unique de relaxation pour le sevrage tabagique. Cette étude présente de bonnes qualités méthodologiques, mais il faut cependant souligner plusieurs éléments :

- Concernant l'intervention évaluée tout d'abord : les auteurs ont choisi d'évaluer un modèle d'intervention unique réalisée en groupe et leurs observations ne peuvent donc se généraliser qu'à ce type de protocole d'intervention. Enfin, les auteurs ont cherché à évaluer la spécificité de certains composants de l'intervention d'hypnose et non à évaluer l'effet global de l'hypnose. En effet l'intervention de relaxation comprenait des suggestions, ce qui est pourtant souvent considéré comme une des spécificités de l'hypnose. L'étude était donc conçue pour évaluer l'effet spécifique d'autres composants de la séance d'hypnose (à savoir l'induction et l'approfondissement de la transe hypnotique) et non l'effet global de l'hypnose ni les effets spécifiques liés aux suggestions.
- Le pourcentage d'abstinence à 6 mois observé dans le groupe contrôle (de 17,8%) est supérieur au pourcentage rapporté dans la littérature des taux d'abstinence sans aide au sevrage (aux alentours de 7%), ce qui renforce l'idée que le groupe contrôle bénéficiait d'un traitement actif.
- Les participants étaient informés du type de traitement reçu avant la fin du suivi. Selon les auteurs, certains participants, déçus de ne pas avoir bénéficié de l'hypnose, auraient pu être moins motivés à rester abstinents (le maintien de l'aveugle aurait donc été préférable jusqu'à la fin du suivi).

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Hasan 2014 Complementary Therapies in Medicine				
-Essai randomisé monocentrique -randomisation par bloc de 3 avec dissimulation de l'affectation - 3 bras de traitement -en ouvert -Pas de calcul du nombre de sujets nécessaires -Recrutement d'octobre 2006 à Mai 2009 -Agrément du comité institutionnel local -Financement de la Norman H. Reead Charitable Trust Foundation -Etats Unis	-Suivi : 6 mois Mesures : (peu détaillées) -avant l'intervention : données socio démographiques, consommation tabagique, degré d'importance accordé au sevrage, degré de confiance dans sa capacité d'arrêter de fumer -à 12 semaines et à 6 mois : consommation tabagique (abstinence sur la semaine passée) - à 6 mois : échantillon urinaire pour dosage de la cotinine	Sujets : adultes (18 à 75 ans) hospitalisés pour une pathologie cardiaque ou pulmonaire Exclusions : patients en phase terminale, usage abusif d'une autre substance psychoactive, pathologie psychiatrique majeure Randomisation : - hypnothérapie : 41 -traitement nicotinique : 41 -hypnothérapie + traitement nicotinique : 40 + 1 groupe contrôle ayant refusé la randomisation : « Sevrage sans aide » : 42 Analyse : - hypnothérapie : 41 -traitement nicotinique : 39 (2 exclus car pathologie grave) -hypnothérapie + traitement nicotinique : 38 (2 exclus car décédés) -« Sevrage sans aide » : 37 (5 exclus car 2 décédés, 1 avec psychose, 2 hospitalisations prolongées) Analyse en ITT : Les sujets perdus de vue à 6 mois ont été considérés comme des fumeurs persistants. Perdus de vue à 6 mois : - hypnothérapie : 14 -traitement nicotinique : 12 -hypnothérapie + traitement nicotinique : 13	4 groupes : 3 groupes randomisés -Groupe hypnothérapie : 1 séance unique individuelle de 90 minutes avec un hypnothérapeute certifié au cours des 2 semaines suivant la sortie de l'hôpital. Techniques de relaxation et de suggestion. Personnalisation des séances pour renforcer les motivations de l'arrêt. Entraînement à l'auto-hypnose et remise d'un enregistrement audio standardisé à la fin de la séance pour encourager une pratique à domicile. -Groupe traitement nicotinique de substitution : 1 mois de patchs nicotiniques gratuits (dose en fonction du nombre de cigarettes par jour avant l'hospitalisation). + gommes à la nicotine. La date de sevrage devait avoir lieu une semaine après la sortie et les patients étaient encouragés à poursuivre le traitement substitutif pendant au moins 2 mois. -Groupe hypnothérapie + traitement nicotinique de substitution + 1 groupe de patients non randomisés qui souhaitaient arrêter de fumer mais ne souhaitaient ni traitement nicotinique ni hypnothérapie : 42 Pour tous les patients : Matériel d'aide (brochures etc.) Counseling standard (faisait partie des soins standards pour tous les patients hospitalisés) Pour les patients des 3 groupes randomisés : counseling intensif de 30 minutes pendant l'hospitalisation + counseling par téléphone à 1, 2, 4, 8, et 12 semaines après la sortie, avec des entretiens de 15 minutes faits par des conseillers ayant connaissance du traitement suivi par le patient.	Principal : -taux d'abstinence sur la semaine écoulée 26 semaines après la sortie de l'hôpital : déclarée par le patient et vérifiée par les taux urinaires de cotinine (<15ng/ml) ou en l'absence d'échantillon urinaire par la confirmation d' Secondaires : -taux d'abstinence sur la semaine écoulée 12 semaines après la sortie de l'hôpital.

Cet ECR (Hasan, Zagarins et al.) avait pour but d'évaluer l'efficacité de l'hypnothérapie dans le sevrage tabagique. 164 patients hospitalisés pour une pathologie cardiaque ou pulmonaires ont été inclus dans l'étude dont 122 ont accepté d'être randomisés. Les 42 patients restants ont constitué un groupe contrôle « sevrage sans aide ». Il n'est pas mentionné de calcul du nombre de sujets nécessaires.

Les 122 patients randomisés ont été répartis dans 3 groupes : un groupe « traitement nicotinique », un groupe « hypnothérapie » et un groupe « traitement nicotinique + hypnothérapie ». L'hypnothérapie consistait en une séance unique individualisée, ayant lieu dans les 2 semaines suivant la sortie de l'hôpital. Le traitement substitutif consistait en la remise d'un mois de patches nicotiniques gratuits + gommes. Par ailleurs, les 122 patients ont tous bénéficié d'une séance de counseling intensif de 30 minutes pendant l'hospitalisation puis de counseling par téléphone à 1, 2, 4, 8 et 12 semaines après la sortie.

Le critère de jugement principal était le taux d'abstinence à 26 semaines déclaré par les patients et confirmé par analyse urinaire. Le critère de jugement secondaire était le taux d'abstinence à 12 semaines.

A 26 semaines, 33,9% des patients en moyenne étaient perdus de vue, sans différence significative entre les groupes. Ils ont été considérés comme fumeurs persistants et l'analyse a été réalisée en intention de traiter (avec exclusion cependant des patients décédés ou en hospitalisation prolongée).

A 26 semaines, 36,6% des patients du groupe hypnothérapie étaient abstinents versus 18 % des patients du groupe traitement nicotinique ($p=0,06$) et 34,2 % des patients du groupe hypnothérapie+traitement nicotinique étaient abstinents versus 18 % des patients du groupe traitement nicotinique ($p=0,10$). Les patients du groupe contrôle « sevrage sans aide » étaient 27% à être abstinents à 26 semaines, sans différence significative avec les autres groupes.

A 12 semaines, 43,9% des patients du groupe hypnothérapie étaient abstinents versus 28,2 % des patients du groupe traitement nicotinique ($p=0,14$) et 47,4 % des patients du groupe hypnothérapie+traitement nicotinique étaient abstinents versus 28,2 % des patients du groupe traitement nicotinique ($p=0,08$).

Par ailleurs, les auteurs ont réalisé une analyse multivariée en ajustant sur le diagnostic (cardiaque ou pulmonaire) et l'ethnie (caucasien versus autre) et ont trouvé que les patients ayant bénéficié de l'hypnose avaient alors un RR 3,6 fois supérieur d'être abstinents à 26 semaines par rapport aux patients du groupe traitement nicotinique ($p=0,03$). Un autre modèle multivarié ajusté sur le degré d'importance attribué au sevrage et le diagnostic montrait un RR d'abstinence de 3,2 chez les patients du groupe Hypnothérapie + traitement nicotinique par rapport aux patients du groupe traitement nicotinique seul ($p=0,04$).

La pertinence de ces analyses complémentaires peut être discutée, étant donné que les patients ont été randomisés au départ. Les auteurs avaient d'ailleurs comparé les groupes à l'inclusion et indiqué qu'ils ne différaient sur aucune des variables mesurées.

Les auteurs concluent à la supériorité de l'hypnose sur le traitement nicotinique dans le sevrage tabagique.

Cependant, il nous semble plus juste de dire que les données ont montré une tendance (mais non significative) à la supériorité de l'hypnose sur les traitements nicotiniques substitutifs et que de nouvelles études sont nécessaires pour confirmer ou infirmer ces observations, avec un effectif suffisant...

Il est en effet regrettable qu'il n'y ait pas eu de calcul du nombre de sujets nécessaires. De plus, d'autres points méthodologiques pourraient être améliorés. Le reporting est limité. Par exemple, la méthode d'évaluation (par interview, par courrier...) n'est pas précisée et des biais d'évaluation sont possibles. De plus, les données présentées sont insuffisamment détaillées en ne fournissant pas les effectifs exacts pour chaque analyse et en ne précisant pas le critère de jugement analysé (par exemple il n'est pas toujours clair s'il s'agit du taux d'abstinence vérifié par analyse urinaire ou reporté par le patient...). Enfin, le choix des analyses (notamment des analyses multivariées) est discutable...

Au total, les résultats de cette étude sont donc à interpréter avec prudence.

Au total, concernant la psychiatrie/ addictologie :

- 1 revue Cochrane s'est intéressée à l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de la schizophrénie (Izquierdo de Santiago and Khan 2007) : les données disponibles sont très limitées, ne permettant aucune conclusion, et de nouvelles études sont nécessaires.
- 1 essai s'est intéressé à l'efficacité d'une intervention utilisant des techniques d'hypnose (spiritual hypnosis assisted therapy) dans la prise en charge du syndrome de stress post-traumatique (n=226) (Lesmana, Suryani et al. 2009). Les auteurs ont montré un bénéfice de cette intervention (vs absence de traitement) pour réduire les symptômes de SSPT, mais comme il s'agit d'un seul essai, présentant de plus des limites méthodologiques, des

conclusions générales ne peuvent être tirées.

- 2 revues Cochrane se sont intéressées à l'utilisation de l'EMDR dans la prise en charge du syndrome de stress post traumatique :
 - Chez l'adulte (Bisson, Roberts et al.) : une revue incluant 70 essais dont 15 avec une intervention en EMDR a permis de montrer que les psychothérapies étaient plus efficaces que le traitement standard et la liste d'attente. A ce jour, les thérapies cognitivo-comportementales centrées sur le traumatisme et l'EMDR sont les psychothérapies avec le meilleur niveau de preuve dans la prise en charge du SSPT.
 - Chez l'enfant et l'adolescent (Gillies, Taylor et al.) : une revue incluant 14 essais dont 2 avec une intervention en EMDR a permis de montrer que les psychothérapies étaient efficaces dans la prise en charge du SSPT, en particulier les psychothérapies de type TCC. Les données sont insuffisantes pour pouvoir conclure spécifiquement sur les psychothérapies de type EMDR.
- 1 revue Cochrane et 2 essais sont présentés concernant l'utilisation de l'hypnose pour le sevrage tabagique :
 - La revue Cochrane (18 essais) (Barnes, Dong et al.) ne permettait pas de conclure à une efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique. Un essai ultérieur (n=223) (Dickson-Spillmann, Haug et al.) n'a pas non plus retrouvé de supériorité de l'hypnose (1 séance unique en groupe) par rapport à la relaxation (1 séance unique en groupe) pour le sevrage tabagique. Un autre essai (n=122) (Hasan, Zagarins et al.) a par contre retrouvé une tendance à une supériorité de l'hypnose (séance individuelle unique) par rapport aux substituts nicotiniques. Au total, il n'existe pas à ce jour suffisamment de données pour conclure quant à l'efficacité ou l'inefficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique. Il est important de garder en tête que les interventions en hypnose peuvent être très hétérogènes (nombre de séances, en groupe ou en individuel etc...) et que les conclusions ne peuvent se généraliser au-delà de l'intervention précise évaluée.

SOINS DENTAIRES

Soins dentaires chez les enfants

1 revue Cochrane s'est intéressée à l'utilisation de l'hypnose dans les soins dentaires chez les enfants (Al-Harasi, Ashley et al.).

Revue	Indication	Nombre d'ECRs (Effectif Total)	Comparaisons comprises dans les critères d'inclusion	Critères de jugement (principaux)	Résultats principaux	Conclusion des auteurs cf. « Implications for practice »
(Al-Harasi, Ashley et al.) Royaume-Uni 2010	Soins dentaires pédiatriques Enfants jusqu'à 16 ans ayant des soins dentaires (restauration dentaire, extractions simples, traumatisme dentaire, orthodontie)	3 essais (N=69) - essais contrôlés randomisés	Intervention : Hypnose avec ou sans sédation associée (orale, intraveineuse ou par inhalation) Comparateur : - aucune intervention ou sédation uniquement	Traitement complété (oui/non) Comportements Anxiété post opératoire Effets indésirables	Seuls 3 essais ont été inclus. Aucune méta-analyse n'a pu être réalisée.	Malgré l'abondance des comptes rendus anecdotiques indiquant les bénéfices de l'hypnose dans les soins dentaires pédiatriques, et sur la base des 3 ECRs inclus dans cette revue, les preuves ne sont à ce jour pas suffisantes pour suggérer un effet bénéfique de l'hypnose dans cette indication.

Soins dentaires chez les adultes : hypersensibilité dentinaire et anxiété

Un essai s'est intéressé à l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de l'hypersensibilité dentinaire (Eitner, Bittner et al.).

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Eitner 2010 <i>International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis</i>				
-RCT - 4 groupes (+ 1 groupe contrôle de sujets sains) - en ouvert -Pas de calcul du nombre de sujets nécessaires - Randomisation : avant inclusion (par numéro d'arrivée dans le cabinet) -Recueil du consentement écrit des patients. -Université Friedrich Alexander, Erlangen Nuremberg, Allemagne	-Suivi : 1 mois Mesures : -avant le traitement -à 1 jour, 1 semaine et 1 mois du traitement.	Sujets : clientèle d'un cabinet dentaire, rapportant lors du 1 ^{er} entretien au moins 1 collet de dent hypersensible pour les 4 1ers groupes, et ne rapportant pas d'hypersensibilité dentaire pour le dernier groupe (contrôle sains) Exclusions : femmes enceintes, urgences, mineurs, syndrome psychologique/psychosomatique (selon la CIM 10), douleur aigue, exclusion des dents avec amalgame au niveau du collet ou prothèse. Randomisation : nombre de sujets non précisé Sujets inclus : 102 patients Correspondant à 186 dents : toutes les dents sensibles ont été incluses + 2 dents par patient du groupe contrôle sujets sains (les dents 15 et 35) Au niveau de l'unité « dent » : -fluoridation : 37 -désensibilisation : 37 -hypnose : 37 -contrôle : 25 -contrôle sains : 40 <i>!!Le nombre total de dents rapporté ne correspond pas à la somme des dents par groupe !!</i> L'article ne présente pas de diagramme de flux. Il semblerait n'y avoir aucun perdu de vue.	4 groupes + 1 groupe contrôle de patients sains: -Groupe hypnose : 1 séance suivant la séquence suivante : discussion préliminaire, induction, approfondissement (relaxation et suggestions), intervention (avec utilisation de suggestions post hypnotiques), clôture suivie d'une discussion. Utilisation d'un script standardisé de 10 à 15 minutes -Groupe fluoridation : application unique d'Elmex ® gelée suivie d'utilisation à domicile de dentifrice Elmex Sensitive® 2 fois par jour. -Groupe désensibilisation : traitement unique par Gluma® (temps de pose de 30 secondes), suivi d'un séchage et d'un rinçage de la zone traitée. Application suivie de 30 minutes sans manger ni boire. -Groupe contrôle 1 : absence de traitement (conseils d'hygiène uniquement). Tous les patients bénéficiaient de conseils d'hygiène et de brossage identiques. Groupe contrôle 2 : sujets sans hypersensibilité dentaire : absence de traitement (conseils d'hygiène uniquement).	-douleur à l'application d'un stimulus froid : durée et intensité sur une échelle de 0 à 10 (à J1, 1 semaine et 1 mois) -pourcentage d'amélioration des symptômes estimé par le patient : entre le début du traitement et le jour suivant, entre J1 et 1 semaine, entre 1 semaine et 1 mois. Une amélioration correspondait à un pourcentage entre 0 et 99, une stabilité à un pourcentage à 100 et une dégradation à un pourcentage >100. -satisfaction (oui/non) par rapport au traitement, à J1, 1 semaine et 1 mois.

Eitner et ses coauteurs ont cherché à évaluer l'efficacité de l'hypnothérapie sur l'hypersensitivité dentinaire. Ils ont inclus 102 patients, répartis en 5 groupes dont 4 groupes de patients atteints d'hypersensibilité dentinaire -un groupe traité par fluoridation, un groupe traité par

désensibilisation, un groupe traité par hypnose, un groupe sans traitement- et un groupe de patients sans hypersensibilité dentinaire (n=20). Parmi les 82 patients présentant une hypersensibilité dentinaire, un total de 146 dents hypersensibles ont été identifiées (de 1 à 3 par patient). Parmi les 20 patients sans hypersensibilité, 40 dents ont été l'objet de mesures (les dents numéro 15 et 35 de chaque patient). Les résultats pour les patients du groupe sans hypersensibilité ne sont pas présentés dans l'article.

La randomisation avait lieu avant l'inclusion, en fonction de l'ordre de présentation au cabinet dentaire.

Les auteurs ont principalement évalué : la satisfaction des patients concernant le traitement (dent par dent), l'évolution de l'intensité douloureuse sur une échelle de 0 à 10 (dent par dent), et ce à des temps différents (à J1, à 1 semaine et à 1 mois après le traitement).

A 1 mois, les taux de satisfaction (par dent traitée) étaient de 64,9% dans le groupe fluoridation (avec une augmentation progressive du taux de satisfaction entre J1 et 1 mois), de 59,5% dans le groupe désensibilisation (avec une diminution progressive du taux de satisfaction entre J1 et 1 mois), de 67,6% dans le groupe hypnose (avec une relative stabilité du taux de satisfaction entre J1 et 1 mois), et de 40% dans le groupe contrôle sans traitement (avec une augmentation du taux de satisfaction entre J1 et 1 semaine puis une relative stabilité entre 1 semaine et 1 mois). Les auteurs ne présentent pas de comparaison intergroupe concernant ce critère.

En termes d'évolution de l'intensité douloureuse (par dent), celle-ci diminuait en moyenne de 2,27 points dans le groupe fluoridation, de 2,86 points dans le groupe désensibilisation, de 2,89 points dans le groupe hypnose et de 1,6 point dans le groupe contrôle. Les auteurs ne rapportent pas de différence significative entre les 3 groupes de traitement pour ce critère, mais rapportent une différence statistiquement significative entre les 3 groupes de traitement et le groupe contrôle ($p=0,017$).

Les auteurs considèrent qu'au vu de ces résultats, l'hypnose peut être considérée comme équivalente aux autres traitements de l'hypersensibilité dentinaire. Cependant, il ne s'agit pas d'un essai d'équivalence, et ces conclusions ne peuvent donc être tirées de manière formelle.

De plus, cette étude présentait de nombreuses limites. L'unité de randomisation était le patient, mais l'unité d'analyse était la dent. Cependant il ne semble pas y avoir eu de prise en compte de la corrélation existante entre les dents d'un même sujet... De plus, les auteurs parlent parfois des patients dans le texte alors qu'en terme d'effectifs, cela semble correspondre au nombre de dents et les effectifs mentionnés diffèrent selon les paragraphes... La pertinence d'avoir créé un groupe

contrôle de sujets sains semble discutable, d'autant que les résultats de ces patients n'ont ni été présentés, ni discutés... D'autre part, les critères de jugement n'ont pas été hiérarchisés. Enfin, malgré la multiplicité des tests, les corrections de Bonferroni n'ont pas été appliquées. Au total, les imprécisions et les limites méthodologiques importantes présentées par cette étude obligent à une très grande prudence dans l'interprétation des résultats.

Un essai s'est intéressé à l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de l'anxiété occasionnée par les soins dentaires (Moore, Brodsgaard et al. 2002).

Méthodes	Suivi	Participants	Interventions	Critères
Moore 2002 <i>European Journal of Oral Sciences</i>				
-RCT - 4 groupes - en ouvert -Pas de calcul du nombre de sujets nécessaires - Randomisation : peu explicite . Etude monocentrique : centre de traitement et de recherche sur la phobie dentaire -Recueil du consentement écrit des participants -Université Aarhus, Danemark	-Suivi : 3 ans Mesures : - anxiété et croyances, par les instruments DAS, DFS, STAI, GFS, DBS : avant le 1^{er} rendez-vous (T1), après l'intervention (T2) et après la fin des 3 soins dentaires (T3) -suivi régulier ou non à 3 ans	Sujets : âgés de 18 à 65 ans, présentant une anxiété dentaire intense (DAS≥15), ayant besoin de soins dentaires Exclusions : non spécifiées Randomisation : peu claire Sujets inclus : 206 sujets -groupe hypnose : 25 -groupe désensibilisation systématique : 68 -groupe thérapie de groupe : 30 -contrôle : 83 Pas d'analyse en ITT Sujets inclus dans l'analyse A T2 et T3 -groupe hypnose : 22 -groupe désensibilisation systématique : 60 avec 2 sous-groupes (vidéo : 27 et clinique : 33) -groupe thérapie de groupe : 24 -contrôle : 65 A 3 ans -groupe hypnose : 22 -groupe désensibilisation systématique : 55(vidéo : 26 et clinique : 29) -groupe thérapie de groupe : 23 -contrôle : 18 (les autres sujets du groupe contrôle ont eu une durée de suivi inférieure ou supérieure à 3 ans. Un sous-groupe de sujets avec une durée moyenne de suivi proche de 3 ans, à savoir de 2,8 ans, a été extrait afin d'optimiser la comparabilité des groupes.	4 groupes Pour les 3 groupes traitement, après l'intervention, 3 soins dentaires étaient réalisés (2 restaurations dentaires + un 3^{ème} soin au choix). -Groupe hypnose : au 2^{ème} rendez-vous, les patients avaient une séance d'hypnose en étant installés dans le fauteuil de soins (technique Ericksonienne utilisant de la relaxation, des techniques de dissociation etc...). Une cassette audio était distribuée pour une pratique à domicile (12 minutes de relaxation et 5 minutes d'auto induction). Les soins post intervention avaient lieu sous hypnose pour tous les patients de ce groupe. -Groupe désensibilisation systématique individuelle : au 2^{ème} rendez-vous, la méthode de relaxation musculaire progressive de Jacobson était utilisée, le patient étant installé dans le fauteuil de soins. Pour ce faire, une cassette de 12 minutes était utilisée. Ensuite 2 formes de désensibilisation étaient proposées : une utilisait une cassette vidéo exposant le patient à 8 scénettes de 30 s de situations possibles au cabinet dentaire, avec présence du dentiste pour arrêter la vidéo à la demande et discuter si besoin. L'autre forme consistait en une désensibilisation réalisée directement en situation clinique, simulant une exposition à des situations angoissantes, en y associant la conscience de ses tensions par le patient, la demande de pause par la main et un contrôle respiratoire. -groupe thérapie de groupe : au 2^{ème} rendez-vous, 5 groupes constitués de 3 hommes et de 3 femmes ont été constitués et se sont rencontrés pour 7 sessions de 2 heures menées par le thérapeute/dentiste, un assistant dentaire et un ancien patient du centre. Pendant les sessions, la même cassette de relaxation que dans le groupe désensibilisation individuelle était utilisée, des informations étaient données, l'interactivité était encouragée. La dernière séance constituait en une démonstration des procédures d'injection et d'obturation. -Groupe contrôle : liste d'attente, bénéficiant toutefois de conseils téléphoniques	Principal : -suivi régulier ou non à 3 ans : 3 groupes (groupe de patients ayant eu un suivi régulier pendant les 3 ans, groupe n'ayant consulté qu'en cas d'urgence/douleur, groupe n'ayant pas consulté) Secondaires : -anxiété occasionnée par les soins dentaires : mesurée par le score à l'échelle d'anxiété dentaire DAS (Dental Anxiety scale), le DFS (dental fear survey), le STAI (state trait anxiety inventory) et un GFS modifié (geer fear scale) -croyances sur les dentistes : mesurées par le DBS (dental belief survey)

Moore et ses coauteurs (Moore, Brodsgaard et al. 2002) ont cherché à évaluer l'efficacité de l'hypnose et d'autres prises en charge (thérapie de groupe et de désensibilisation individuelle) par rapport à l'absence de traitement spécifique dans la prise en charge de l'anxiété associée aux soins dentaires.

Ils ont inclus 206 sujets et évoquent une randomisation, mais la méthode de randomisation est peu explicitée et il n'est pas certain qu'elle ait été réalisée de manière adéquate.

4 groupes de patients ont été constitués : un groupe hypnose, un groupe désensibilisation individuelle (constitué lui-même de 2 sous-groupes : désensibilisation avec vidéo et désensibilisation clinique), un groupe thérapie de groupe et un groupe contrôle (liste d'attente) (cf. tableau pour le détail des interventions). Les auteurs ont suivi les patients pendant 3 ans, et ont enquêté sur leur comportement de recours aux soins dentaires 3 ans après l'inclusion. Ils ont ainsi classé les patients en 3 catégories : recours régulier aux soins dentaires, recours en cas d'urgence ou de douleur uniquement ou évitement. Un recours régulier aux soins dentaires était observé chez 54,5% des patients du groupe hypnose, versus 69,6% des patients du groupe thérapie de groupe, 73,1% des patients du groupe désensibilisation avec vidéo et 58,6% des patients du groupe désensibilisation clinique (différences non significatives). Par rapport au groupe contrôle, seul le sous-groupe désensibilisation individuelle avec vidéo présentait une différence statistiquement significative dans le niveau de recours aux soins dentaires à 3 ans (73,1% versus 38,9% dans le groupe contrôle restreint à 3 ans de suivi ; $p=0,05$). Par rapport au groupe contrôle total (durée de suivi non restreinte à 3 ans, soit une durée moyenne de suivi de 7,7 ans), le recours aux soins dentaires régulier était plus fréquemment observé parmi les patients des groupes intervention –tous groupes combinés- (64% versus 46,1% ; $p=0,04$). Par rapport au sous-groupe contrôle (durée de suivi restreinte à 3 ans), il n'y avait pas de différence statistiquement significative observée mais seulement une tendance : le recours aux soins dentaires régulier était de 64% parmi les patients des groupes intervention –tous groupes combinés- versus de 38,9% dans le sous-groupe contrôle ; $p=0,08$.

Concernant l'anxiété dentaire et les croyances des patients, les auteurs ont réalisé des comparaisons intra groupes montrant des améliorations significatives (avec diminution des scores d'anxiété et augmentation des croyances positives) au sein de chaque groupe d'intervention à 3 ans de suivi, ainsi qu'au sein de l'ensemble du groupe contrôle (durée moyenne de suivi de 7,7 ans), mais seulement de l'anxiété dentaire au sein du sous-groupe contrôle (durée moyenne de suivi restreinte à 3 ans).

Une comparaison globale des groupes interventions (regroupés ensembles) versus contrôle a permis de montrer que les patients ayant un recours régulier aux soins dentaires présentaient un moindre niveau d'anxiété dans le groupe intervention à 3 ans de suivi.

Une comparaison inter groupe réalisée entre les différents groupes d'intervention a permis d'observer, parmi les patients ayant un recours régulier aux soins dentaires à 3 ans, une diminution statistiquement significativement supérieure de l'anxiété dans les groupes hypnose, thérapie de groupe et thérapie individuelle de désensibilisation avec vidéo par rapport au sous-groupe désensibilisation clinique mais n'a pas permis d'observer de différence statistiquement significative entre les groupes concernant les croyances.

Au total, cette étude présente de nombreuses limites : méthode de randomisation non adéquate, description du protocole insuffisante – en particulier, le déroulé de l'étude dans le temps n'était pas précisément explicité. L'intervention avait lieu au seconde rendez-vous, mais le 1er rendez-vous n'est pas détaillé (il n'est pas clair s'il s'agit juste d'un contact téléphonique ou d'un rendez-vous à la clinique). De plus, de multiples tests ont été réalisés sans correction de Bonferroni. La pertinence de certains critères de jugement peut être discutée, notamment l'intérêt de comparer les niveaux d'anxiété et de croyances uniquement parmi les patients observants à 3 ans (ne serait-il pas préférable de s'intéresser aux niveaux d'anxiété et de croyance des patients non observants, ou de l'ensemble des patients ?). Enfin, il n'y a pas eu de calcul du nombre de sujets nécessaires, et l'étude présente un manque de puissance.

Selon les auteurs, l'étude a permis de montrer un effet de l'intervention quelle qu'elle soit par rapport à l'absence d'intervention, avec un meilleur suivi régulier à 3 ans parmi les patients ayant bénéficié d'une intervention. Rappelons cependant que la comparaison ayant produit un résultat significatif a été réalisée avec l'ensemble du groupe contrôle, d'une durée moyenne de suivi de 7,7 ans et non avec le sous-groupe contrôle restreint d'une durée moyenne de suivi comparable (pour lequel seulement une tendance a été observée). Ce défaut de significativité pourrait être dû à un manque de puissance de l'étude. En tout état de cause, il n'est pas possible de tirer de conclusion formelle à partir de ces résultats, et il n'a pas été démontré d'effet spécifique de l'hypnose par rapport aux autres interventions.

Au total, concernant les soins dentaires :

- Une revue Cochrane s'est intéressée à l'utilisation de l'hypnose dans les soins dentaires en pédiatrie (Al-Harasi, Ashley et al.). Cette revue (3 essais, n=63) rapportait que les données étaient insuffisantes pour pouvoir suggérer un effet bénéfique de l'hypnose dans cette indication.
- Un essai (n=102) s'est intéressé à l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de l'hypersensibilité dentinaire (Eitner, Bittner et al.). Composé de 4 groupes (1 groupe sans traitement et 3 groupes actifs : hypnose, fluoridation et désensibilisation), cet essai a retrouvé une supériorité globale des groupes intervention par rapport à l'absence de traitement, sans retrouver de différence entre les 3 groupes d'intervention. Non conçu comme un essai d'équivalence, cet essai ne permet de tirer des conclusions d'équivalence entre les 3 traitements actifs. Il présentait de plus d'importantes limites méthodologiques.
- Un essai (n=206) (Moore, Brodsgaard et al. 2002) s'est intéressé à l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de l'anxiété occasionnée par les soins dentaires, sans montrer de bénéfice de l'hypnose par rapport aux autres traitements actifs proposés. Cet essai présentait également d'importantes limites méthodologiques.

INTRODUCTION

Pour permettre aux patients de faire des choix thérapeutiques autonomes (y compris en dehors de la biomédecine s'ils le souhaitent), il est nécessaire de leur fournir des informations à la fois sur l'efficacité mais aussi sur les risques éventuels des thérapeutiques non conventionnelles existantes. Ce chapitre sera donc consacré à la sécurité de l'hypnose.

Pour étudier la tolérance des traitements par hypnose, nous avons étudié les effets indésirables tels qu'ils ont été rapportés dans la littérature scientifique, que ce soient des événements graves ou non graves. La Haute Autorité de Santé propose la définition suivante : « un événement indésirable est un événement défavorable pour le patient, plus lié aux soins (stratégies et actes de traitement, de diagnostic, de prévention et de réhabilitation) qu'à l'évolution de la maladie. Est considéré comme grave un événement associé à un décès ou à une menace vitale, à un handicap ou à une incapacité, ou enfin, à une prolongation d'hospitalisation d'au moins un jour ».

Les différents types d'études permettent d'apporter des informations sur :

- la **nature** des événements indésirables : c'est le cas des descriptions de cas et séries de cas.
- la **fréquence** des complications : c'est le cas des études de cohortes de patients traités. Elles permettent de calculer l'incidence des complications, quelle que soit leur gravité.
- la **comparaison** des effets indésirables liés à l'hypnose avec les effets indésirables liés à d'autres traitements comparateurs : elle peut être analysée à partir de la synthèse des observations issues d'études comparées (plus particulièrement issues des essais randomisés).

MATERIEL ET METHODES

Pour évaluer la sécurité de l'hypnose, nous avons réalisé une revue de la littérature scientifique sur le sujet. Nous avons complété cette revue de la littérature en interrogeant d'autres sources de données telles que la section jurisprudence du conseil national de l'ordre des médecins.

SOURCE DES DONNEES

La revue systématique de la littérature scientifique médicale a été réalisée à partir de deux bases de recherche : Medline (via Pubmed) et la Cochrane Library. La requête utilisée sur Pubmed était la suivante : (“hypnotherapy” OR “hypnoanalgesia” OR “hypnosedation”) AND (adverse OR events OR event OR safety OR toxicity OR risk).

Les autres sources de données consultées ont été :

- La section jurisprudence du CNOM (requête « hypnothérapie ou hypnose »)
- Les affaires en responsabilité civile-professionnelle (MACSF)
- Les communications personnelles des hypnothérapeutes

SELECTION ET EXTRACTION DES DONNEES

La sélection des études s’est déroulée en 3 temps : sélection sur titre, sur résumé et sur texte intégral.

Pour les publications de cas ou séries de cas, les critères d’inclusion étaient : (1) Description de 1 ou de plusieurs cas cliniques ; (2) dans lesquels l’hypnothérapie est la cause la plus probable du problème observé ; (3) quel que soit le mode d’hypnothérapie. Nous avons exclu les articles pour lesquels le résumé n’était pas disponible en ligne.

Pour les études contrôlées, nous avons inclus les ECRs sélectionnés pour l’analyse de l’efficacité.

Pour les revues systématiques de la littérature, nous avons inclus les revues sélectionnées pour l’analyse de l’efficacité.

RESULTATS

La revue de la littérature n’a pas permis d’identifier de description de cas clinique ni d’étude prospective s’intéressant à la sécurité de l’hypnose. Nous présenterons donc uniquement les données de sécurité rapportées par les essais et revues présentés dans la première partie concernant l’évaluation de l’efficacité.

ETUDES COMPAREES

Sur les 16 essais répertoriés, 9 se sont intéressés aux effets indésirables, qu'ils soient ou non associés à l'hypnose.

Seules 4 études mentionnent le recueil des effets indésirables directement associés à l'hypnose : (Lindfors, Unge et al. ; Moser, Tragner et al. ; Werner, Uldbjerg et al. ; Elkins, Marcus et al. 2008). Dans ces 4 essais, aucun effet indésirable attribuable à l'hypnose n'a été rapporté.

Une étude mentionne le recueil des effets indésirables, sans que ceux-ci ne soient directement attribuables à l'hypnose (Dickson-Spillmann, Haug et al.). Ils ont ainsi recueilli de manière très large les effets indésirables non typiquement associés au sevrage tabagique (avec 11 catégories d'effets recueillis de manière systématique). La fréquence de tels effets (céphalées, bouche sèche, constipation, nausées, rêves étranges...) était faible dans leurs 2 groupes de traitement (hypnose et relaxation) et sans différence statistiquement significative entre les groupes.

Quatre autres études mentionnent le recueil des événements indésirables pouvant survenir au décours d'une intervention chirurgicale ou radiologique (Lang, Benotsch et al. 2000; Lang, Berbaum et al. 2006; Lang, Berbaum et al. 2008; Marc, Rainville et al. 2008).

- Dans l'essai de (Marc, Rainville et al. 2008), les événements indésirables suivants ont été rapportés :

Pendant l'intervention (5/172 dans le groupe hypnose vs 2/175 dans le groupe contrôle)

- Dans le groupe hypnose : 1 cas d'atonie utérine, 3 épisodes d'instabilité hémodynamiques (réactions vagales), 1 épisode de vomissements
- Dans le groupe contrôle : 1 perforation utérine, 1 épisode d'instabilité hémodynamique (réaction vagale).

En salle de réveil

- Dans le groupe hypnose : 6/172 épisodes de nausées/vomissements, 5/172 épisodes de vertiges, et 10/172 de somnolence
- Dans le groupe contrôle : 8/175 épisodes de nausées/vomissements, 6/175 épisodes de vertiges, et 7/175 de somnolence.

- Dans l'étude de (Lang, Benotsch et al. 2000), la survenue d'instabilité hémodynamique était plus fréquente dans le groupe standard par rapport au groupe hypnose (12/79 versus 1/82). Il n'y avait pas de différence significative concernant les autres catégories d'effets indésirables rapportés.
- Dans l'essai de (Lang, Berbaum et al. 2006), 7 événements indésirables (hématomes, vomissements ou malaise vagal) ont été rapportés dans le groupe soins standards, 11 dans le groupe empathie (hématomes ou malaise vagal), et 3 dans le groupe hypnose (hématomes), sans différence statistiquement significative selon les groupes.
- Dans l'essai de (Lang, Berbaum et al. 2008), la fréquence de survenue des effets indésirables était de 12% dans le groupe hypnose, versus 26% dans le groupe traitement standard et 48% dans le groupe empathie (différence statistiquement significative). La forte prévalence de survenue d'effets indésirables dans le groupe empathie a entraîné un arrêt prématuré de l'étude.

REVUES SYSTEMATIQUES DE LA LITTERATURE

Les données des revues Cochrane sont rassurantes. Cependant, les effectifs totaux restent faibles (environ 2500 patients). On ne peut donc exclure l'existence d'effets indésirables graves, mais si de tels effets existent ils sont d'une incidence relativement faible.

Revue Cochrane

- La revue de Madden (Madden, Middleton et al.) sur l'hypnose dans la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement (effectif total = 1213) n'a pas retrouvé de différence significative de survenue d'événements indésirables (réanimation néonatales, réadmissions maternelles, réadmission des nouveau-nés, admission des mères en soins intensifs) entre les groupes hypnose et contrôle. Précédemment, une revue systématique de la littérature sur l'hypnose pendant le travail et l'accouchement (Cyna, McAuliffe et al. 2004), citée par la revue Cochrane, n'avait recensé aucun effet secondaire attribuable à l'hypnose.
- La revue de Sado (Sado, Ota et al.) sur l'hypnose pour prévenir la dépression du post-partum ne rapporte aucun effet indésirable.

- La revue de Webb (Webb, Kukuruzovic et al. 2007) sur l'utilisation de l'hypnothérapie dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable (effectif total =147) ne rapporte aucun effet secondaire attribuable à l'hypnose
- La revue de (Izquierdo de Santiago and Khan 2007) sur l'utilisation de l'hypnothérapie dans la prise en charge de la schizophrénie ne rapporte aucun effet indésirable.
- La revue de Barnes (Barnes, Dong et al.) sur l'hypnothérapie dans le sevrage tabagique (effectif total = 1120) ne rapporte aucun effet indésirable.
- La revue de Al-Harasi (Al-Harasi, Ashley et al.) sur l'utilisation de l'hypnose lors des soins dentaires chez les enfants (effectif total = 69) ne rapporte aucun effet secondaire attribuable à l'hypnose.

AUTRES SOURCES ET AVIS DES HYPNOTHERAPEUTES

Le site internet de la Mayo Clinic (établissement de soins américain de renommée internationale situé à Rochester, Minnesota, ayant développé depuis 2001 un programme de médecine intégrative et complémentaire, avec un volet offre de soins et un volet recherche) indique, à propos de l'hypnose (<http://www.mayoclinic.org/tests-procedures/hypnosis/basics/risks/prc-20019177>) :

- Que lorsque celle-ci est pratiquée par un professionnel de santé formé, la pratique est considérée comme étant sûre.
- Que la pratique de l'hypnose peut ne pas être appropriée dans certaines situations (par exemple en cas de pathologie psychiatrique sévère).
- Que des effets indésirables peuvent survenir, bien qu'ils soient considérés comme rares : céphalées, somnolence, vertiges, anxiété, création de faux souvenirs.

Dans son article [Hypnose : les grandes questions](#), le Dr Daniel Annequin évoque les risques de manipulation mentale et rappelle que la pratique de l'hypnose a été plusieurs fois incriminée en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis dans la fabrication de faux souvenirs de traumatismes et d'abus sexuels dans l'enfance. Il estime que « *la limite de ces risques passe par une meilleure sélection des*

thérapeutes avec un cahier des charges précis concernant le contenu de la formation et le suivi des diplômés ».

Ernst, dans son guide critique sur les médecines alternatives (Ernst 2005) rappelle que les informations obtenues sous hypnose sont susceptibles de relever de l'affabulation. Par ailleurs, est évoqué le fait qu'en hypnose, « le rappel à la conscience de souvenirs refoulés peut être douloureux » ce qui peut potentiellement exacerber des problèmes sous-jacents.

Plus globalement, la question du risque éthico-juridique et des risques de manipulations psychologiques est adressée par les praticiens en hypnose, comme en témoigne un mémoire récent sur le sujet (Keke 2014).

A ce jour, en l'absence de cadre législatif clair, des codes déontologiques sont souvent proposés par les associations de praticiens.

Par exemple, la CFHTB impose le respect du code éthique suivant à ses membres : (<http://www.cfhtb.org/confederation/le-code-ethique-de-la-cfhtb/>)

- « 1. L'intérêt et le bien-être du patient doivent toujours constituer l'objet prioritaire.
- 2. L'hypnose est considérée comme un complément à d'autres formes de pratiques scientifiques ou cliniques. Il en résulte que la connaissance des techniques d'hypnose ne saurait constituer une base suffisante pour l'activité thérapeutique ou de recherche. L'hypnopraticien doit donc avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce son activité hypnotique.
- 3. L'hypnopraticien limitera son usage clinique et scientifique de l'hypnose aux aires de compétences que lui reconnaît le règlement de sa profession.
- 4. L'hypnose ne sera pas utilisée comme une forme de distraction. Tout particulièrement, toute participation à des spectacles publics, ludiques sera proscrite.
- 5. L'hypnopraticien ne facilitera ni ne soutiendra la pratique de l'hypnose par des personnes non qualifiées (Cf. ci-dessus point 2).
- 5.1 L'hypnopraticien ne donnera en aucun cas des enseignements impliquant l'apprentissage des techniques hypnotiques à des personnes ne disposant pas d'une qualification adéquate. Des exceptions seront faites à ce principe pour les étudiants en fin de qualification dans les champs professionnels où doit s'inscrire leur pratique de l'hypnose : Médecins, Dentistes, Psychologues, Infirmiers, Kinésithérapeutes. Dans tous ces cas, le passage à la pratique de l'hypnose reste

conditionné à l'obtention de qualification complète dans le champ professionnel considéré. Pour les étudiants des professions paramédicales, la pratique de l'hypnose supposera la mise en place d'une structure de travail supervisé, selon le champ d'application, par un hypnopraticien médecin, psychiatre, psychologue, chirurgien-dentiste d'au moins cinq ans d'ancienneté de pratique en hypnose médicale.

5.2 La communication d'informations relatives à l'hypnose auprès des différents médias est recommandée dans la mesure où elle s'appuie sur des connaissances précises et permet de minimiser les distorsions et les représentations erronées relatives à l'hypnose. Réciproquement, il est demandé aux hypnopraticiens formés par l'association d'éviter toute action (communications, publications, etc...) tendant à compromettre l'aspect scientifique et la dimension éthique de la pratique hypnotique en donnant à celle-ci une représentation tendancieuse (amalgame avec magie et les para-sciences) et simpliste incitant par là même à une pratique non qualifiée. En cette matière, s'abstenir de tout triomphalisme militant et citer ses sources sont deux règles qui s'imposent. C'est pour ces raisons que les hypnopraticiens qui sont en cours de formation sont invités à s'abstenir de faire des communications publiques sur l'hypnose ou la thérapie éricksoniennes (conférences, articles, interviews, contacts avec la presse écrite ou audiovisuelle) tant que leur formation n'est pas terminée.

Le non-respect de ces engagements pourra conduire le Conseil d'administration de l'association à prononcer l'exclusion de l'association, de la formation et/ou la non attribution des attestations. »

Enfin, pour certaines indications, telle que l'hypnosédation, des écrits développent les conditions nécessaires à réunir pour permettre cette pratique. Ainsi, en plus du consentement du patient (qui est une obligation légale), la formation de l'anesthésiste, l'accord du chirurgien et sa maîtrise du geste, et plus globalement la coopération de toute l'équipe du bloc opératoire (afin de garantir les conditions de calme nécessaires) apparaissent comme des prérequis pour permettre l'utilisation de cette technique²².

JURISPRUDENCE

- Sur le site de la jurisprudence du CNOM, il n'y a pas de cas rapportés de jurisprudence condamnant la pratique de l'hypnose par un médecin. Un cas mentionnant l'hypnose est

²² L. Delaunay et F. Plantet [DIFFICULTÉS RENCONTRÉES POUR LA MISE EN PLACE DE L'HYPNOSE AU BLOC OPÉRATOIRE](#)

référéncé mais il s'agit d'une condamnation d'un médecin pour publicité de son activité sur internet (Dossier cdn9819).

- Un mémoire de DU d'hypnose médicale s'étant intéressé au risque éthico-juridique en hypnose a recensé 16 décisions de justice impliquant l'hypnose, dont 15 concernant des faits ayant eu lieu en France (Keke 2014). Il s'agissait principalement de cas de viols ou d'agression sexuelle de patientes /personnes mises en état d'hypnose par leur praticien/ un tiers, de cas d'exercice illégal de la médecine, ou d'utilisation de l'hypnose pendant les procédures de justice.

Les affaires d'agression sexuelles (n=6) incriminent un médecin dans 2 cas, un ostéopathe dans un cas, un « magnétiseur » dans 1 cas, un « hypnotiseur » non médecin dans 1 cas, et un proche (ami/famille) dans le dernier cas.

DECLARATIONS DE SINISTRE

Le Service Information Documentation Juridiques du groupe MACSF nous a informé qu'aucun sinistre en rapport avec cette pratique n'avait été déclaré (communication personnelle, Juillet 2014).

SYNTHESE DES RESULTATS

Au total, les données concernant la sécurité de l'hypnose sont rassurantes. Il n'a pas été rapporté d'effet indésirable grave attribuable à l'hypnose. On ne peut cependant exclure leur existence, mais si de tels effets existent leur incidence est relativement faible.

L'enjeu semble plutôt se situer au niveau éthico-juridique. D'ores et déjà, la pratique de l'hypnose est encadrée par des chartes éthiques, mais il n'y a pas à ce jour d'encadrement légal clair permettant de mieux circonscrire ce risque. Celui-ci apparaît cependant très limité lorsque l'hypnose est utilisée comme un outil complémentaire par des professionnels de santé –déjà formés et qualifiés par ailleurs-.

De même, il n'y a alors pas de risque de retard ou d'entrave à une prise en charge conventionnelle qui serait nécessaire. C'est très souvent le cas pour l'hypnose puisque la charte éthique de la CFHTB

pose comme principe d'utiliser l'hypnose comme un outil complémentaire²³. L'hypnose est donc une des pratiques non conventionnelles les plus intégrées à l'offre de soin conventionnelle, ce qui limite les risques liés à un recours « alternatif ». Néanmoins, en France, l'hypnose n'est pas uniquement proposée par des professionnels de santé de manière intégrative. Elle peut être proposée par des non professionnels de santé²⁴, et on ne peut exclure qu'elle puisse être proposée de manière alternative. Il est donc important de rappeler le risque inhérent à tout recours alternatif aux thérapies non conventionnelles : celui de retarder ou d'entraver l'accès à des soins conventionnels qui seraient par ailleurs nécessaires.

²³ « la connaissance des techniques d'hypnose ne saurait constituer une base suffisante pour l'activité thérapeutique ou de recherche. L'hypnopraticien doit donc avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce son activité hypnotique : Médecin, Chirurgien-dentiste, Psychologue, Sage-femme, Infirmier, Kinésithérapeute. » ([extrait de l'article 2 du code éthique de la CFHTB](#))

²⁴ Il existe en effet des organismes proposant des formations délivrant des diplômes de « praticien en hypnose », ouvertes aux non professionnels de santé, cf. chapitre sur les formations.

SYNTHESE GENERALE

Concernant les données d'efficacité, on pourra retenir les éléments suivants :

Hypnose

- **Plusieurs études (6 ECRs) présentent des résultats convergents, indiquant que l'utilisation de l'hypnose lors d'une intervention chirurgicale ou lors d'un acte de médecine ou radiologie interventionnelle permet de diminuer la consommation de sédatifs et/ou d'antalgiques en per opératoire.** Ces résultats semblent constituer une base solide, néanmoins de nouvelles études seraient les bienvenues. En effet, les essais rapportés étaient de qualité variable. Il n'y a pas eu de revue Cochrane réalisée sur le sujet. Dans ce rapport, nous n'avons retenu que les essais les plus importants sur le sujet et n'avons pas réalisé de méta-analyse. Néanmoins, la littérature recense plusieurs méta-analyses s'étant intéressées à l'efficacité de l'hypnose utilisée comme méthode adjuvante en chirurgie et/ou médecine interventionnelle, par exemple (Tefikow, Barth et al. ; Montgomery, David et al. 2002), mais qui ne permettent pas non plus de formuler des conclusions claires. A titre d'illustration, la méta-analyse de Tefikow (Tefikow, Barth et al.), publiée en 2013 dans Clinical Psychology review, incluait 34 essais (2597 patients) et montrait un bénéfice de l'hypnose sur plusieurs critères de jugement : la détresse émotionnelle, la douleur, la consommation médicamenteuse, les paramètres physiologiques, le temps opératoire, le rétablissement. Cependant, la qualité des essais inclus étant limitée, les auteurs estimaient que les conclusions ne pouvaient être clairement établies et que de nouveaux essais étaient nécessaires. Il faut noter aussi que la réalisation et l'interprétation de ces méta-analyses est rendue délicate par l'hétérogénéité à la fois des interventions, des bras contrôle et des critères de jugement.
- **Une revue Cochrane et 2 ECRs²⁵ suggèrent un effet bénéfique de l'hypnothérapie dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable**, sans que cela n'ait pu être démontré de manière convaincante du fait des faibles effectifs (4 essais avec un effectif total N=147 dans la revue Cochrane) et des limites méthodologiques des essais.
- Pour les autres indications, les données ne permettent pas de conclure, du fait soit de résultats divergents, soit d'insuffisance de données, soit de limites méthodologiques importantes.

²⁵ (N=138 et N=100)

EMDR et prise en charge du SSPT

- **Chez l'adulte : une revue Cochrane (Bisson, Roberts et al.) incluant 70 essais (N=4761) dont 15 avec une intervention en EMDR (N=780) confirme que l'EMDR est efficace dans la prise en charge du SSPT chez l'adulte.** A ce jour, les thérapies cognitivo-comportementales centrées sur le traumatisme et l'EMDR sont les psychothérapies avec le meilleur niveau de preuve dans la prise en charge du SSPT.
- Chez l'enfant et l'adolescent : une revue Cochrane (Gillies, Taylor et al.) incluant 14 essais (N=758) dont 2 avec une intervention en EMDR (N=65) a permis de montrer que les psychothérapies étaient efficaces dans la prise en charge du SSPT, en particulier les psychothérapies de type TCC. Les données sont insuffisantes pour pouvoir conclure spécifiquement sur les psychothérapies de type EMDR.

Concernant les données de sécurité, on pourra retenir les éléments suivants :

- Au vu des données de la littérature, il n'a pas été rapporté d'effet secondaire grave de l'hypnose. Cela ne permet pas d'exclure leur existence, mais permet de dire que si de tels effets existent leur fréquence est relativement rare.
- Les hypnothérapeutes rapportent la possible survenue des effets secondaires suivants (considérés comme rares) : céphalées, somnolence, vertiges, anxiété, création de faux souvenirs.
- Le risque semble plutôt exister au niveau éthico-juridique (avec notamment le risque de manipulation psychologique et de création de faux souvenirs), et des chartes éthiques sont souvent proposées par les associations de professionnels, afin de garantir et de veiller à l'intérêt et au bien-être du patient.

DISCUSSION METHODOLOGIQUE

Concernant les difficultés méthodologiques de l'évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose :

L'évaluation de la pratique de l'hypnose, comme des autres pratiques complémentaires, se confronte à différents types de problèmes, tant au niveau de la réalisation des essais cliniques que de la synthèse quantitative des essais (méta-analyses).

Concernant les essais cliniques, on retrouvera des risques de biais communs aux essais médicamenteux et d'autres limites méthodologiques plus spécifiques à l'évaluation de l'hypnose.

Parmi les risques de biais communs à toute évaluation, nous pouvons citer le risque de biais de sélection, suite notamment à une randomisation inadéquate. Heureusement, dans les essais présentés, la randomisation ne semblait pas avoir posé trop de difficultés. Rappelons néanmoins que la population d'étude étant restreinte aux patients acceptant l'éventualité d'un traitement par hypnose, la généralisation des résultats est également limitée à cette population.

Parmi les difficultés techniques rencontrées plus spécifiquement dans l'évaluation de l'hypnose, nous pouvons citer :

- La standardisation des interventions : Celle-ci fait souvent débat dans le champ de l'évaluation des médecines complémentaires. En général, dans la réalisation d'un ECR, la standardisation est recommandée afin de permettre la reproduction ultérieure de l'intervention si celle-ci s'avère efficace. Cependant, si elle ne pose pas de problème pour l'évaluation du médicament, la standardisation ne semble pas adaptée à la plupart des approches complémentaires. En effet, bien souvent, les approches complémentaires proposent des prises en charge individualisées et non standardisées. Dans l'essai contrôlé randomisé, la standardisation présente l'avantage de cerner précisément ce que l'on évalue en limitant l'hétérogénéité de l'intervention évaluée. Cependant, quel est le sens de la standardisation si celle-ci conduit à évaluer une intervention qui n'est pas celle qu'on pratique « en vie réelle » ? Les essais qui ont fait le choix d'une standardisation et n'ont pas démontré d'efficacité, peuvent ensuite conclure que cette absence d'efficacité est liée au fait que la pratique évaluée n'est pas celle pratiquée en vie réelle, n'ayant pas été personnalisée pour chaque patient. Les essais pragmatiques, qui évaluent une prise en charge personnalisée, semblent donc plus pertinents. Néanmoins, le manque de standardisation peut venir alimenter les problèmes liés à l'hétérogénéité et ne permet pas de décrire aussi clairement l'intervention ni d'évaluer l'apport spécifique d'une technique isolée. En acupuncture, des protocoles semi-standardisés ont pu être proposés, permettant d'offrir un compromis assez satisfaisant. Cette semi-flexibilité semble moins être possible en hypnose, et les études présentées dans le rapport oscillent entre des protocoles soit très standardisés (avec script) soit au contraire complètement individualisés.
- L'insu : Les biais liés à l'absence d'aveugle sont très difficiles à neutraliser. Un praticien peut être amené à délivrer soit une intervention en hypnose, soit une intervention contrôle (de type relaxation simple, attention structurée, empathie...). Le thérapeute sait forcément ce qu'il délivre et les biais liés à ses propres croyances et attentes ne pourront pas être neutralisés. De

l'autre côté, le patient sait s'il reçoit une séance d'hypnose ou un traitement contrôle et les biais liés à ses propres croyances et attentes ne pourront pas être neutralisés non plus. Parfois, il est possible de présenter l'étude comme permettant de comparer deux types d'intervention sans les préciser, afin que le patient ne sache pas ce qu'il reçoit précisément (par exemple, le patient est informé qu'il bénéficiera d'une approche psychothérapeutique, sans plus de précision) et afin de diminuer les biais côté patient. Dans un tel cas de figure, il est recommandé de vérifier le succès de l'aveugle auprès des patients (par un questionnaire post intervention).

Dans certains cas, un autre praticien intervient (chirurgien, médecin traitant), en charge d'une partie de l'évaluation ou en charge de prendre des décisions (par exemple prescription médicamenteuse) qui seront évaluées dans le cadre de l'étude. Il est important de tout faire pour que ces professionnels ne soient pas au courant du traitement reçu par le patient, et conseillé également de vérifier le succès de l'aveugle auprès de ces professionnels.

Enfin, dans tous les cas, il est nécessaire de prendre les mesures permettant de garantir que l'évaluateur soit en aveugle du traitement reçu par le patient.

- Le choix du bras contrôle. Les essais avec un bras contrôle placebo permettent d'évaluer l'effet spécifique (en plus de l'effet placebo) de l'intervention, mais comme nous venons d'en discuter, il n'est pas toujours évident de concevoir des interventions placebo dans le cadre de l'hypnose. Ces comparateurs doivent permettre au minimum de contrôler sur le temps d'interaction avec un professionnel de santé tout en étant conçues pour viser un minimum d'effet (au risque sinon d'être des comparateurs actifs et de rendre donc plus difficile la mise en évidence d'un effet). Les praticiens des médecines complémentaires conçoivent le plus souvent leur approche comme une approche globale, constituée d'effets spécifiques et non spécifiques et dans ce contexte l'évaluation de l'effet global est aussi très pertinente (intervention versus absence de traitement ou préférentiellement versus traitement standard lorsqu'il existe). Ainsi les essais à 3 bras (intervention, placebo et traitement standard) sont particulièrement intéressants.
- Le choix des critères de jugements : Le choix des critères de jugement apparaît comme une autre question importante. Souvent, on utilise des critères de jugement reconnus pour l'indication évaluée, sur la base d'études ayant évalué des thérapeutiques conventionnelles. Si l'efficacité n'est pas démontrée, on est alors confronté à un dilemme : est-ce parce que l'intervention (approche complémentaire) n'est pas efficace, ou bien est-ce parce qu'on n'a pas choisi les critères de jugement pertinents ? La question a en effet toute sa place quand on

considère que les objectifs d'une approche complémentaire ne sont pas forcément superposables à ceux d'une thérapeutique conventionnelle. Dans notre revue de la littérature, la mise en perspective des études quantitatives et qualitatives sur l'utilisation de l'hypnose pendant le travail et l'accouchement a permis de mettre en évidence un hiatus entre les critères de jugement retenus dans les ECR et les effets rapportés par les femmes dans les études qualitatives. Ainsi, les ECR privilégient les critères de jugement évaluant la composante somato-sensorielle de la douleur et ce qui lui est rapporté (intensité douloureuse, recours à la péridurale ou à une autre méthode antalgique) alors que le vécu des femmes recueilli par les études qualitatives ne met pas en avant un effet antalgique mais met en avant une meilleure expérience de l'accouchement grâce notamment à un rôle actif et à une réappropriation de l'évènement.

Au total, il semblerait pertinent d'avoir recours à des études qualitatives dans un premier temps, afin de préciser le critère de jugement le plus pertinent pour les études quantitatives.

Concernant les synthèses quantitatives, certaines difficultés sont présentes, liées notamment à :

- La qualité des données. A ce jour, les grands essais restent peu nombreux et la qualité des essais très inégale. Ainsi, même pour les essais ($N \geq 100$) retenus dans cette revue de la littérature, des limites méthodologiques ont été fréquemment rencontrées, avec notamment des risques de biais d'évaluation (lorsque l'évaluation était en partie réalisée par le thérapeute (Lang, Berbaum et al. 2008)). Les 6 revues Cochrane présentées sur l'hypnose ne proposent pas de conclusion formelle, en particulier à cause de l'insuffisance des données en nombre et en qualité.
- L'hétérogénéité. Certaines revues Cochrane rapportaient une forte hétérogénéité statistique et une forte hétérogénéité clinique, à la fois des interventions, des bras contrôle et des critères de jugement (Barnes, Dong et al. ; Madden, Middleton et al. ; Webb, Kukuruzovic et al. 2007). Ainsi, sous le même vocable « hypnose » se regroupent des interventions très différentes : séance unique ou multiple, individualisée ou en groupe, personnalisée ou standardisée etc. Les bras contrôle peuvent se répartir entre l'absence de traitement (liste d'attente), les soins standards, ou des interventions contrôle conçues soit comme des contrôle inactifs ou visant le minimum d'effet possible (par exemple « attention structurée »), soit comme des comparateurs actifs (par exemple relaxation et pleine conscience). Cette hétérogénéité clinique

peut poser problème lorsque l'on souhaite réaliser des méta-analyses, et complexifie la généralisation et l'interprétation des résultats. Il est alors très important de :

- Bien définir l'intervention que l'on souhaite évaluer afin de sélectionner les essais cliniques correspondants (hypnose « tout venant » ou auto hypnose ou hypnose en groupe etc...). Des analyses de sensibilité en sous-groupe peuvent s'avérer utiles lorsque l'hétérogénéité de l'intervention est très importante.
- Réaliser des comparaisons distinctes : intervention versus placebo ; intervention versus absence de traitement (ou liste d'attente) ; et intervention versus traitement standard. En effet, ces comparaisons répondent à différentes questions (évaluation de l'effet spécifique ou de l'effet global, et avec un référentiel qui prend ou non en compte l'existence d'un traitement standard).

Concernant la sécurité de la pratique de l'hypnose :

- Comme pour toute pratique complémentaire, une réflexion autour de la mise en place d'un système de surveillance (équivalent à la pharmacovigilance) semble pertinente, afin de pouvoir recueillir des données issues du terrain et constituer une meilleure connaissance des éventuels effets secondaires associés à la pratique.
- De plus, au vu des questions éthico-juridique, une réflexion autour de l'encadrement (y compris et surtout législatif) de la pratique de l'hypnose semble également pertinente.

LISTE DES ARTICLES DECRIVANT DES ESSAIS OU REVUES INCLUS/ES**SANTE DES FEMMES**

- Madden, K., P. Middleton, et al. "Hypnosis for pain management during labour and childbirth." Cochrane Database Syst Rev **11**: CD009356.
- Werner, A., N. Uldbjerg, et al. "Effect of self-hypnosis on duration of labor and maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial." Acta Obstet Gynecol Scand **92**(7): 816-23.
- Werner, A., N. Uldbjerg, et al. "Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial." BJOG **120**(3): 346-53.
- Werner, A., N. Uldbjerg, et al. "Antenatal hypnosis training and childbirth experience: a randomized controlled trial." Birth **40**(4): 272-80.
- Sado, M., E. Ota, et al. "Hypnosis during pregnancy, childbirth, and the postnatal period for preventing postnatal depression." Cochrane Database Syst Rev **6**: CD009062.
- Elkins, G. R., W. I. Fisher, et al. "Clinical hypnosis in the treatment of postmenopausal hot flashes: a randomized controlled trial." Menopause **20**(3): 291-8.

TROUBLES DIGESTIFS

- Webb, A. N., R. H. Kukuruzovic, et al. (2007). "Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome." Cochrane Database Syst Rev(4): CD005110.
- Lindfors, P., P. Unge, et al. "Effects of gut-directed hypnotherapy on IBS in different clinical settings-results from two randomized, controlled trials." Am J Gastroenterol **107**(2): 276-85.
- Moser, G., S. Tragner, et al. "Long-term success of GUT-directed group hypnosis for patients with refractory irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial." Am J Gastroenterol **108**(4): 602-9.
- Calvert, E. L., L. A. Houghton, et al. (2002). "Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy." Gastroenterology **123**(6): 1778-85.

CHIRURGIE/MÉDECINE OU RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

- Mackey, E. F. "Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction: a randomized, blind, controlled study." Int J Clin Exp Hypn **58**(1): 21-38.
- Montgomery, G. H., D. H. Bovbjerg, et al. (2007). "A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients." J Natl Cancer Inst **99**(17): 1304-12.
- Montgomery, G. H., M. N. Hallquist, et al. "Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: response expectancies and emotional distress." J Consult Clin Psychol **78**(1): 80-8.
- Marc, I., P. Rainville, et al. (2008). "Hypnotic analgesia intervention during first-trimester pregnancy termination: an open randomized trial." Am J Obstet Gynecol **199**(5): 469 e1-9.
- Marc, I., P. Rainville, et al. (2009). "Women's views regarding hypnosis for the control of surgical pain in the context of a randomized clinical trial." J Womens Health (Larchmt) **18**(9): 1441-7.
- Lang, E. V., E. G. Benotsch, et al. (2000). "Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial." Lancet **355**(9214): 1486-90.

- Lang, E. V. and M. P. Rosen (2002). "Cost analysis of adjunct hypnosis with sedation during outpatient interventional radiologic procedures." *Radiology* 222(2): 375-82.
- Lang, E. V., K. S. Berbaum, et al. (2006). "Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy." *Pain* 126(1-3): 155-64.
- Lang, E. V., K. S. Berbaum, et al. (2008). "Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice." *J Vasc Interv Radiol* 19(6): 897-905.

PSYCHIATRIE

- Izquierdo de Santiago, A. and M. Khan (2007). "Hypnosis for schizophrenia." *Cochrane Database Syst Rev*(4): CD004160.
- Lesmana, C. B., L. K. Suryani, et al. (2009). "A spiritual-hypnosis assisted treatment of children with PTSD after the 2002 Bali terrorist attack." *Am J Clin Hypn* 52(1): 23-34.

EMDR

- Bisson, J. I., N. P. Roberts, et al. "Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults." *Cochrane Database Syst Rev* 12: CD003388.
- Gillies, D., F. Taylor, et al. "Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents." *Cochrane Database Syst Rev* 12: CD006726.

ADDICTOLOGIE

- Barnes, J., C. Y. Dong, et al. "Hypnotherapy for smoking cessation." *Cochrane Database Syst Rev*(10): CD001008.
- Dickson-Spillmann, M., S. Haug, et al. "Group hypnosis vs. relaxation for smoking cessation in adults: a cluster-randomised controlled trial." *BMC Public Health* 13: 1227.

SOINS DENTAIRES

- Al-Harasi, S., P. F. Ashley, et al. "Hypnosis for children undergoing dental treatment." *Cochrane Database Syst Rev*(8): CD007154.
- Eitner, S., C. Bittner, et al. "Comparison of conventional therapies for dentin hypersensitivity versus medical hypnosis." *Int J Clin Exp Hypn* 58(4): 457-75.
- Moore, R., I. Brodsgaard, et al. (2002). "A 3-year comparison of dental anxiety treatment outcomes: hypnosis, group therapy and individual desensitization vs. no specialist treatment." *Eur J Oral Sci* 110(4): 287-95.

BIBLIOGRAPHIE

- Abbasi, M., F. Ghazi, et al. (2009). "The effect of hypnosis on pain relief during labor and childbirth in Iranian pregnant women." *Int J Clin Exp Hypn* **57**(2): 174-83.
- Ahmad, A., B. Larsson, et al. (2007). "EMDR treatment for children with PTSD: results of a randomized controlled trial." *Nord J Psychiatry* **61**(5): 349-54.
- Al-Harasi, S., P. F. Ashley, et al. "Hypnosis for children undergoing dental treatment." *Cochrane Database Syst Rev*(8): CD007154.
- Astin, J. A. (1998). "Why patients use alternative medicine: results of a national study." *JAMA* **279**(19): 1548-53.
- Barkley, R. A., J. E. Hastings, et al. (1977). "The effects of rapid smoking and hypnosis in the treatment of smoking behavior." *Int J Clin Exp Hypn* **25**(1): 7-17.
- Barnes, J., C. Y. Dong, et al. "Hypnotherapy for smoking cessation." *Cochrane Database Syst Rev*(10): CD001008.
- Barrowcliff, A. L., N. S. Gray, et al. (2004). "Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories." *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* **15**: 325-345.
- Bioy, A. and D. Michaux (2007). *Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications.*
- Bisson, J. I., N. P. Roberts, et al. "Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults." *Cochrane Database Syst Rev* **12**: CD003388.
- Calvert, E. L., L. A. Houghton, et al. (2002). "Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy." *Gastroenterology* **123**(6): 1778-85.
- Carlson, J. G., C. M. Chemtob, et al. (1998). "Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder." *J Trauma Stress* **11**(1): 3-24.
- Carmody, T. P., C. Duncan, et al. (2008). "Hypnosis for smoking cessation: a randomized trial." *Nicotine Tob Res* **10**(5): 811-8.
- Chemtob, C. M., J. Nakashima, et al. (2002). "Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: a field study." *J Clin Psychol* **58**(1): 99-112.
- Chhina, G. S., A. Meares, et al. (1961). "Electroencephalographic activity under hypnotism." *Indian J Physiol Pharmacol* **5**: 43-8.
- Christman, S. D., K. J. Garvey, et al. (2003). "Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories." *Neuropsychology* **17**(2): 221-9.
- Cyna, A., C. Crowther, et al. "Hypnosis Antenatal Training for Childbirth: a randomised controlled trial." *BJOG* **120**(10): 1248-59.
- Cyna, A. M., G. L. McAuliffe, et al. (2004). "Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review." *Br J Anaesth* **93**(4): 505-11.
- DePascalis, V. and P. M. Penna (1990). "40-Hz EEG activity during hypnotic induction and hypnotic testing." *Int J Clin Exp Hypn* **38**(2): 125-38.
- Derbyshire, S. W., M. G. Whalley, et al. (2004). "Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain." *Neuroimage* **23**(1): 392-401.
- Devilly, G. J. and S. H. Spence (1999). "The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder." *J Anxiety Disord* **13**(1-2): 131-57.
- Devilly, G. J., S. H. Spence, et al. (1998). "Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma within a veteran population." *Behavior Therapy* **29**(3): 435-455.
- Dickson-Spillmann, M., S. Haug, et al. "Group hypnosis vs. relaxation for smoking cessation in adults: a cluster-randomised controlled trial." *BMC Public Health* **13**: 1227.
- Dilhuydy, J. M. (2003). "[Patients' attraction to complementary and alternative medicine (CAM): a reality which physicians can neither ignore nor deny]." *Bull Cancer* **90**(7): 623-8.
- Eitner, S., C. Bittner, et al. "Comparison of conventional therapies for dentin hypersensitivity versus medical hypnosis." *Int J Clin Exp Hypn* **58**(4): 457-75.
- Elkins, G., J. Marcus, et al. (2006). "Intensive hypnotherapy for smoking cessation: a prospective study." *Int J Clin Exp Hypn* **54**(3): 303-15.
- Elkins, G., J. Marcus, et al. (2008). "Randomized trial of a hypnosis intervention for treatment of hot flashes among breast cancer survivors." *J Clin Oncol* **26**(31): 5022-6.

- Elkins, G. R., A. F. Barabasz, et al. "Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis." Am J Clin Hypn **57**(4): 378-85.
- Elkins, G. R., W. I. Fisher, et al. "Clinical hypnosis in the treatment of postmenopausal hot flashes: a randomized controlled trial." Menopause **20**(3): 291-8.
- Elofsson, U. O., B. von Scheele, et al. (2008). "Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing." J Anxiety Disord **22**(4): 622-34.
- Ernst, E. (2005). Médecines alternatives : le guide critique.
- Fine, C. G. and A. S. Berkowitz (2001). "The wreathing protocol: the imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. Eye Movement Desensitization Reprocessing." Am J Clin Hypn **43**(3-4): 275-90.
- Fisher, B., S. Esplin, et al. (2009). "125: Randomized controlled trial of hypnobirthing versus standard childbirth classes: patient satisfaction and attitudes towards labor." American Journal of Obstetrics and Gynecology **201**(6, Supplement): S61-S62.
- Freeman, R. M., A. J. Macaulay, et al. (1986). "Randomised trial of self hypnosis for analgesia in labour." Br Med J (Clin Res Ed) **292**(6521): 657-8.
- Frischholz, E. J., J. A. Kowal, et al. (2001). "Introduction to the special section: hypnosis and EMDR. Eye Movement Desensitization and Reprocessing." Am J Clin Hypn **43**(3-4): 179-82.
- Galovski, T. E. and E. B. Blanchard (1998). "The treatment of irritable bowel syndrome with hypnotherapy." Appl Psychophysiol Biofeedback **23**(4): 219-32.
- Gillies, D., F. Taylor, et al. "Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents." Cochrane Database Syst Rev **12**: CD006726.
- Glover, O. (1980). Alternative treatment modalities for drug induced psychomotor dysfunctions.
- Gokli, M. A., A. J. Wood, et al. (1994). "Hypnosis as an adjunct to the administration of local anesthetic in pediatric patients." ASDC J Dent Child **61**(4): 272-5.
- Gravitz, M. A. (1993). "Etienne Felix d'Henin de Cuvillers: a founder of hypnosis." Am J Clin Hypn **36**(1): 7-11.
- Haag, P., M. Vinot-Coubetergues, et al. (2014). L'hypnose d'inspiration ericksonienne. Les fondements des psychothérapies: Des origines aux neurosciences. Dunod. Paris: 160.
- Harmon, T. M., M. T. Hynan, et al. (1990). "Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education." J Consult Clin Psychol **58**(5): 525-30.
- Hasan, F. M., S. E. Zagarins, et al. "Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: results of a randomized controlled trial." Complement Ther Med **22**(1): 1-8.
- Hekmat, H., S. Groth, et al. (1994). "Pain ameliorating effect of eye movement desensitization." J Behav Ther Exp Psychiatry **25**(2): 121-9.
- Hermes, D., S. G. Hakim, et al. (2004). "Acceptance of medical hypnosis by oral and maxillofacial patients." Int J Clin Exp Hypn **52**(4): 389-99.
- Hogberg, G., M. Pagani, et al. (2007). "On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers--a randomized controlled trial." Nord J Psychiatry **61**(1): 54-61.
- Hyman, G. J., R. O. Stanley, et al. (1986). "Treatment effectiveness of hypnosis and behaviour therapy in smoking cessation: a methodological refinement." Addict Behav **11**(4): 355-65.
- Ihalainen, O. and G. Rosberg (1973). "[Tape-recorded hypnotic treatment of schizophrenia]." Duodecim **89**(20): 1376-83.
- Ironson, G., B. Freund, et al. (2002). "Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure." J Clin Psychol **58**(1): 113-28.
- Isbir, G. G. (2013). "My birth story is like a dream: a childbirth educator's childbirth." The Journal of Perinatal Education **22**(1): 23-29.
- Izquierdo de Santiago, A. and M. Khan (2007). "Hypnosis for schizophrenia." Cochrane Database Syst Rev(4): CD004160.
- Jackson, P. (2003). "Hypnosis for birthing--A natural option: Part 2." Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis **24**(2): 112-122.
- Jadad, A. R., D. J. Cook, et al. (1998). "Methodology and reports of systematic reviews and meta-analyses: a comparison of Cochrane reviews with articles published in paper-based journals." JAMA **280**(3): 278-80.
- Jensen, J. A. (1994). "An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans." Behavior Therapy **25**(2): 311-325.

- Keke, L. M. (2014). Hypnose et gestion du risque éthico-juridique : contribution à une revue de la littérature. DU Hypnose médicale, Paris 6.
- Khalfa, S., M. Elkhoury, et al. (2012). "Mécanismes cérébraux impliqués dans l'état de stress post-traumatique (ESPT) et son traitement par EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)." L'Encéphale **38**(4).
- Lafont, E. (2013). L'hypnose médicale, une approche ensanté publique. Faculté de Médecine. Montpellier, Montpellier 1. **DU hypnose médicale**: 79.
- Lambe, R., C. Osier, et al. (1986). "A randomized controlled trial of hypnotherapy for smoking cessation." J Fam Pract **22**(1): 61-5.
- Lancaster, D. (1983). Hypnotizability and the effects of hypnotic suggestions on the cognitive style, behavior patterns, and mood states of hospitalized schizophrenics, University of Mississipi.
- Lang, E. V., E. G. Benotsch, et al. (2000). "Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial." Lancet **355**(9214): 1486-90.
- Lang, E. V., K. S. Berbaum, et al. (2006). "Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy." Pain **126**(1-3): 155-64.
- Lang, E. V., K. S. Berbaum, et al. (2008). "Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice." J Vasc Interv Radiol **19**(6): 897-905.
- Lang, E. V. and M. P. Rosen (2002). "Cost analysis of adjunct hypnosis with sedation during outpatient interventional radiologic procedures." Radiology **222**(2): 375-82.
- Lazarus, J. E. and S. K. Klein "Nonpharmacological treatment of tics in Tourette syndrome adding videotape training to self-hypnosis." J Dev Behav Pediatr **31**(6): 498-504.
- Lee, C., H. Gavriel, et al. (2002). "Treatment of PTSD: stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR." J Clin Psychol **58**(9): 1071-89.
- Lesmana, C. B., L. K. Suryani, et al. (2009). "A spiritual-hypnosis assisted treatment of children with PTSD after the 2002 Bali terrorist attack." Am J Clin Hypn **52**(1): 23-34.
- Lindfors, P., P. Unge, et al. "Effects of gut-directed hypnotherapy on IBS in different clinical settings-results from two randomized, controlled trials." Am J Gastroenterol **107**(2): 276-85.
- Mackey, E. F. "Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction: a randomized, blind, controlled study." Int J Clin Exp Hypn **58**(1): 21-38.
- Madden, K., P. Middleton, et al. "Hypnosis for pain management during labour and childbirth." Cochrane Database Syst Rev **11**: CD009356.
- Maquet, P., M. E. Faymonville, et al. (1999). "Functional neuroanatomy of hypnotic state." Biol Psychiatry **45**(3): 327-33.
- Marc, I., P. Rainville, et al. (2009). "Women's views regarding hypnosis for the control of surgical pain in the context of a randomized clinical trial." J Womens Health (Larchmt) **18**(9): 1441-7.
- Marc, I., P. Rainville, et al. (2008). "Hypnotic analgesia intervention during first-trimester pregnancy termination: an open randomized trial." Am J Obstet Gynecol **199**(5): 469 e1-9.
- Marcus SV., M. P., Sakai C. (2004). "Three and 6 month follow up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting." International Journal of Stress Management **11**(3): 195-208.
- Martin, A. A., P. G. Schauble, et al. (2001). "The effects of hypnosis on the labor processes and birth outcomes of pregnant adolescents." J Fam Pract **50**(5): 441-3.
- McNeal, S. A. (2001). "EMDR and hypnosis in the treatment of phobias. Eye Movement Desensitization and Reprocessing." Am J Clin Hypn **43**(3-4): 263-74.
- Mehl-Madrona, L. E. (2004). "Hypnosis to facilitate uncomplicated birth." Am J Clin Hypn **46**(4): 299-312.
- 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.
- Moher, D., J. Tetzlaff, et al. (2007). "Epidemiology and reporting characteristics of systematic reviews." PLoS Med **4**(3): e78.
- Montgomery, G. H., D. H. Bovbjerg, et al. (2007). "A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients." J Natl Cancer Inst **99**(17): 1304-12.
- Montgomery, G. H., D. David, et al. (2002). "The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis." Anesth Analg **94**(6): 1639-45, table of contents.
- Montgomery, G. H., M. N. Hallquist, et al. "Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: response expectancies and emotional distress." J Consult Clin Psychol **78**(1): 80-8.

- Montgomery, G. H., M. Kangas, et al. (2009). "Fatigue during breast cancer radiotherapy: an initial randomized study of cognitive-behavioral therapy plus hypnosis." *Health Psychol* **28**(3): 317-22.
- Montgomery, G. H., C. R. Weltz, et al. (2002). "Brief presurgery hypnosis reduces distress and pain in excisional breast biopsy patients." *Int J Clin Exp Hypn* **50**(1): 17-32.
- Moore, R., I. Brodsgaard, et al. (2002). "A 3-year comparison of dental anxiety treatment outcomes: hypnosis, group therapy and individual desensitization vs. no specialist treatment." *Eur J Oral Sci* **110**(4): 287-95.
- Moser, G., S. Tragner, et al. "Long-term success of GUT-directed group hypnosis for patients with refractory irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial." *Am J Gastroenterol* **108**(4): 602-9.
- Murray, K. (2011). "Clinical Q&A: Container." *Journal of EMDR Practice and Research*, **5**(3).
- Nicosia, G. (1995). "Eye movement desensitization and reprocessing is not hypnosis." *Dissociation* **8**(69).
- Nieuwenhuis, S., B. M. Elzinga, et al. "Bilateral saccadic eye movements and tactile stimulation, but not auditory stimulation, enhance memory retrieval." *Brain Cogn* **81**(1): 52-6.
- Nijdam, M. J., B. P. Gersons, et al. "Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: randomised controlled trial." *Br J Psychiatry* **200**(3): 224-31.
- Olsen, O., P. Middleton, et al. (2001). "Quality of Cochrane reviews: assessment of sample from 1998." *BMJ* **323**(7317): 829-32.
- OMS (2002). Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005.
- OMS (2013). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023.
- Pagani, M., G. Di Lorenzo, et al. "Neurobiological correlates of EMDR monitoring - an EEG study." *PLoS One* **7**(9): e45753.
- Palsson, O. S., M. J. Turner, et al. (2002). "Hypnosis treatment for severe irritable bowel syndrome: investigation of mechanism and effects on symptoms." *Dig Dis Sci* **47**(11): 2605-14.
- Pederson, L. L., W. G. Scrimgeour, et al. (1975). "Comparison of hypnosis plus counseling, counseling alone, and hypnosis alone in a community service smoking withdrawal program." *J Consult Clin Psychol* **43**(6): 920.
- Pederson, L. L., W. G. Scrimgeour, et al. (1979). "Variables of hypnosis which are related to success in a smoking withdrawal program." *Int J Clin Exp Hypn* **27**(1): 14-20.
- Pederson, L. L., W. G. Scrimgeour, et al. (1980). "Incorporation of rapid smoking in a community service smoking withdrawal program." *Int J Addict* **15**(5): 615-29.
- Phillips, M. (2001). "Potential contributions of hypnosis to ego-strengthening procedures in EMDR. Eye Movement Desensitization Reprocessing." *Am J Clin Hypn* **43**(3-4): 247-62.
- Popovich, I., B. Windsor, et al. (2012). "Methodological quality of systematic reviews in subfertility: a comparison of two different approaches." *PLoS One* **7**(12): e50403.
- Power, K., T. McGoldrick, et al. (2002). "A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder." *Clinical Psychology & Psychotherapy* **9**(5): 299-318.
- Rabkin, S. W., E. Boyko, et al. (1984). "A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behaviour modification, health education or hypnosis." *Addict Behav* **9**(2): 157-73.
- Rainville, P., G. H. Duncan, et al. (1997). "Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex." *Science* **277**(5328): 968-71.
- Rainville, P., R. K. Hofbauer, et al. (2002). "Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness." *J Cogn Neurosci* **14**(6): 887-901.
- Roberti di Sarsina, P. (2007). "The Social Demand for a Medicine Focused on the Person: The Contribution of CAM to Healthcare and Healthgenesis." *Evid Based Complement Alternat Med* **4**(Suppl 1): 45-51.
- Roberts, L., S. Wilson, et al. (2006). "Gut-directed hypnotherapy for irritable bowel syndrome: piloting a primary care-based randomised controlled trial." *Br J Gen Pract* **56**(523): 115-21.
- Rock, N. L., T. E. Shipley, et al. (1969). "Hypnosis with untrained, nonvolunteer patients in labor." *Int J Clin Exp Hypn* **17**(1): 25-36.
- Rothbaum, B. O. (1997). "A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims." *Bull Menninger Clin* **61**(3): 317-34.
- Rothbaum, B. O., M. C. Astin, et al. (2005). "Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims." *J Trauma Stress* **18**(6): 607-16.
- Sabourin, M. E., S. D. Cutcomb, et al. (1990). "EEG correlates of hypnotic susceptibility and hypnotic trance: spectral analysis and coherence." *Int J Psychophysiol* **10**(2): 125-42.

- Sado, M., E. Ota, et al. "Hypnosis during pregnancy, childbirth, and the postnatal period for preventing postnatal depression." Cochrane Database Syst Rev **6**: CD009062.
- Scheck, M. M., J. A. Schaeffer, et al. (1998). "Brief psychological intervention with traumatized young women: the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing." J Trauma Stress **11**(1): 25-44.
- Shapiro, F. (1989). "Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder." J Behav Ther Exp Psychiatry **20**(3): 211-7.
- Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures., Guildford Press.
- Shapiro, F. (2012). EMDR therapy training manual. Watsonville.
- Shapiro, F. (2014). "The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences." Perm J **18**(1): 71-7.
- Shapiro, F. and M. S. Forrest (2004). EMDR: The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress and Trauma . Basic books.
- Sichere, P. (2007). "Questions posées sur l'hypnose au Dr Jean-Marc Benhaïem." Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement **8**(5): 329-331.
- Smith, C. and L. Lapp (1991). "Increases in number of REMS and REM density in humans following an intensive learning period." Sleep **14**(4): 325-30.
- Taylor, S., D. S. Thordarson, et al. (2003). "Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training." J Consult Clin Psychol **71**(2): 330-8.
- Tefikow, S., J. Barth, et al. "Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: a meta-analysis of randomized controlled trials." Clin Psychol Rev **33**(5): 623-36.
- Trakyalı, G., K. Sayınsu, et al. (2008). "Conscious hypnosis as a method for patient motivation in cervical headgear wear--a pilot study." Eur J Orthod **30**(2): 147-52.
- Uman, L. S., K. A. Birnie, et al. "Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents." Cochrane Database Syst Rev **10**: CD005179.
- van den Hout, M., P. Muris, et al. (2001). "Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements." Br J Clin Psychol **40**(Pt 2): 121-30.
- Vanhaudenhuyse, A., M. Boly, et al. (2009). "Pain and non-pain processing during hypnosis: a thulium-YAG event-related fMRI study." Neuroimage **47**(3): 1047-54.
- Vaughan, K., M. S. Armstrong, et al. (1994). "A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder." J Behav Ther Exp Psychiatry **25**(4): 283-91.
- Virost, C. and F. Bernard (2010). Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie.
- Watkins, J. G. (1971). "The affect bridge: a hypnoanalytic technique." Int J Clin Exp Hypn **19**(1): 21-7.
- Webb, A. N., R. H. Kukuruzovic, et al. (2007). "Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome." Cochrane Database Syst Rev(4): CD005110.
- Werner, A., N. Uldbjerg, et al. "Effect of self-hypnosis on duration of labor and maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial." Acta Obstet Gynecol Scand **92**(7): 816-23.
- Werner, A., N. Uldbjerg, et al. "Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial." BJOG **120**(3): 346-53.
- Werner, A., N. Uldbjerg, et al. "Antenatal hypnosis training and childbirth experience: a randomized controlled trial." Birth **40**(4): 272-80.
- Whorwell, P. J., A. Prior, et al. (1984). "Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome." Lancet **2**(8414): 1232-4.
- Willemsen, R., P. Haentjens, et al. "Hypnosis and alopecia areata: Long-term beneficial effects on psychological well-being." Acta Derm Venereol **91**(1): 35-9.
- Williams, J. M. and D. W. Hall (1988). "Use of single session hypnosis for smoking cessation." Addict Behav **13**(2): 205-8.
- Wood, C. and A. Bioy (2008). "Hypnosis and pain in children." J Pain Symptom Manage **35**(4): 437-46.

BIBLIOGRAPHIE COMPLEMENTAIRE TRANSMISE PAR LES HYPNOTHERAPEUTES/PRATICIENS EMDR

J-M. Benhaïem

- Abrahamsen, R., L. Baad-Hansen, et al. (2008). "Hypnosis in the management of persistent idiopathic orofacial pain--clinical and psychosocial findings." Pain **136**(1-2): 44-52.
- Airosa, F., S. K. Andersson, et al. "Tactile massage and hypnosis as a health promotion for nurses in emergency care--a qualitative study." BMC Complement Altern Med **11**: 83.
- Alexander, B., D. Turnbull, et al. (2009). "The effect of pregnancy on hypnotizability." Am J Clin Hypn **52**(1): 13-22.
- Anbar, R. D. (2002). "Hypnosis in pediatrics: applications at a pediatric pulmonary center." BMC Pediatr **2**: 11.
- Anbar, R. D. and M. P. Slothower (2006). "Hypnosis for treatment of insomnia in school-age children: a retrospective chart review." BMC Pediatr **6**: 23.
- Asher, R. (1956). "Respectable hypnosis." Br Med J **1**(4962): 309-13.
- Auerback, A. (1961). "The place of hypnosis in medicine." Calif Med **94**: 252-6.
- August, R. V. (2009). "The obstetrician and hypnosis." Am J Clin Hypn **51**(4): 391-4.
- Augusto, L. M. "Unconscious knowledge: A survey." Adv Cogn Psychol **6**: 116-41.
- Batty, M. J., S. Bonnington, et al. (2006). "Relaxation strategies and enhancement of hypnotic susceptibility: EEG neurofeedback, progressive muscle relaxation and self-hypnosis." Brain Res Bull **71**(1-3): 83-90.
- Bell, V., D. A. Oakley, et al. "Dissociation in hysteria and hypnosis: evidence from cognitive neuroscience." J Neurol Neurosurg Psychiatry **82**(3): 332-9.
- Benhaïem, J. M. (2006). "L'hypnose pour le contrôle de la douleur." Douleur et Analgésie **19**(4): 75-80.
- Benhaïem, J. M. (2009). "Le choix de l'hypnose pour soulager la douleur." La douleur : des recommandations à la pratique(7).
- Benhaïem, J. M. (2014). "Qu'est-ce que l'hypnose? Processus et induction." Douleurs : Evaluation- Diagnostic- Traitement **15**(1): 1-4.
- Benhaïem, J. M., N. Attal, et al. (2001). "Local and remote effects of hypnotic suggestions of analgesia." Pain **89**(2-3): 167-73.
- Benitah, L. (2013) "L'hypnose : du vécu personnel à la pratique professionnelle". Mémoire d'hypnose médicale. DU Paris 6
- Berger, M. M., M. Davadant, et al. "Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns." Burns **36**(5): 639-46.
- Berger, S. "Waiting to descend." J Perinat Educ **19**(2): 7-10.
- Bernard, F. (2009) "Pensée magique et obstétrique : A quelle heure allez-vous accoucher ? » Mémoire pour le DU Hypnose médicale, Paris 6
- Bonvin, E. (2012). "L'hypnose thérapeutique - un art relationnel jouant de l'attention dans l'intention de soigner." Swiss Archives of Neurology and Psychiatry **163**(8): 286-92.
- Brefczynski-Lewis, J. A., A. Lutz, et al. (2007). "Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners." Proc Natl Acad Sci U S A **104**(27): 11483-8.
- Brown, D. C. and D. C. Hammond (2007). "Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor." Int J Clin Exp Hypn **55**(3): 355-71.
- Brown, C. A. and A. K. Jones "Meditation experience predicts less negative appraisal of pain: electrophysiological evidence for the involvement of anticipatory neural responses." Pain **150**(3): 428-38.
- Calvert, E. L., L. A. Houghton, et al. (2002). "Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy." Gastroenterology **123**(6): 1778-85.
- Carvalho, C., A. Capafons, et al. (2007). "Factorial analysis and psychometric properties of the revised valencia scale of attitudes and beliefs towards hypnosis-client version." Contemporary Hypnosis **24**(2): 76-87.

- Carvalho, C., G. Mazzoni, et al. (2008). "The effect of posthypnotic suggestion, hypnotic suggestibility, and goal intentions on adherence to medical instructions." *Int J Clin Exp Hypn* **56**(2): 143-55.
- Chiarucci, R., D. Madeo, et al. "Cross-evidence for hypnotic susceptibility through nonlinear measures on EEGs of non-hypnotized subjects." *Sci Rep* **4**: 5610.
- Chitkara, D. and N. J. Talley (2003). "Hypnotherapy for functional dyspepsia: do the results add up?" *Gastroenterology* **125**(2): 636; author reply 637.
- Cojan, Y., L. Waber, et al. (2009). "The brain under self-control: modulation of inhibitory and monitoring cortical networks during hypnotic paralysis." *Neuron* **62**(6): 862-75.
- Cyna, A. M., G. L. McAuliffe, et al. (2004). "Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review." *Br J Anaesth* **93**(4): 505-11.
- Dalenberg, C. J., B. L. Brand, et al. "Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation." *Psychol Bull* **138**(3): 550-88.
- Deeley, Q., D. A. Oakley, et al. "Modelling psychiatric and cultural possession phenomena with suggestion and fMRI." *Cortex* **53**: 107-19.
- Demertzi, A., A. Soddu, et al. "Hypnotic modulation of resting state fMRI default mode and extrinsic network connectivity." *Prog Brain Res* **193**: 309-22.
- Dienes, Z., E. Brown, et al. (2009). "Hypnotic suggestibility, cognitive inhibition, and dissociation." *Conscious Cogn* **18**(4): 837-47.
- Donaldson, I. M. (2005). "Mesmer's 1780 proposal for a controlled trial to test his method of treatment using "animal magnetism"." *J R Soc Med* **98**(12): 572-5.
- Doney, H. (1970). "The theory and practice of hypnosis." *Can Fam Physician* **16**(2): 52-6.
- Doret, M. (2013). "Assistance médicale à la procréation accompagnée par l'hypnose". Certificat d'hypnothérapeute AFEHM
- Egner, T., G. Jamieson, et al. (2005). "Hypnosis decouples cognitive control from conflict monitoring processes of the frontal lobe." *Neuroimage* **27**(4): 969-78.
- Forster, A., N. Cuddy, et al. (2004). "Hypnose en soins palliatifs." *Médecine et Hygiène* **44**(4): 143-148.
- Fry, L., A. A. Mason, et al. (1964). "Effect of Hypnosis on Allergic Skin Responses in Asthma and Hay-Fever." *Br Med J* **1**(5391): 1145-8.
- Gaylord, S. A., W. E. Whitehead, et al. (2009). "Mindfulness for irritable bowel syndrome: protocol development for a controlled clinical trial." *BMC Complement Altern Med* **9**: 24.
- Giraux, P. and A. Sirigu (2003). "Illusory movements of the paralyzed limb restore motor cortex activity." *Neuroimage* **20 Suppl 1**: S107-11.
- Grant, J. A., J. Courtemanche, et al. "A non-elaborative mental stance and decoupling of executive and pain-related cortices predicts low pain sensitivity in Zen meditators." *Pain* **152**(1): 150-6.
- Guittier, M. J., F. Guillemin, et al. "Hypnosis for the control of pain associated with external cephalic version: a comparative study." *J Altern Complement Med* **19**(10): 820-5.
- Hasan, F. M., S. E. Zagarins, et al. "Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: results of a randomized controlled trial." *Complement Ther Med* **22**(1): 1-8.
- Hayee, B. and I. Forgacs (2007). "Psychological approach to managing irritable bowel syndrome." *BMJ* **334**(7603): 1105-9.
- Himi, T., M. Ikeda, et al. (2003). "Oxidative neuronal death caused by glutamate uptake inhibition in cultured hippocampal neurons." *J Neurosci Res* **71**(5): 679-88.
- Hofbauer, R. K., P. Rainville, et al. (2001). "Cortical representation of the sensory dimension of pain." *J Neurophysiol* **86**(1): 402-11.
- Holzel, B. K., J. Carmody, et al. "Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density." *Psychiatry Res* **191**(1): 36-43.
- Jacot Sadowski, I., C. Ruffieux, et al. (2009). "Self-reported smoking cessation activities among Swiss primary care physicians." *BMC Fam Pract* **10**: 22.
- Jang, J. H., W. H. Jung, et al. "Increased default mode network connectivity associated with meditation." *Neurosci Lett* **487**(3): 358-62.
- Jensen, M. P. (2009). "Hypnosis for chronic pain management: a new hope." *Pain* **146**(3): 235-7.
- Kelley, J. M., G. Kraft-Todd, et al. "The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials." *PLoS One* **9**(4): e94207.
- Keke, L. M. (2014). Hypnose et gestion du risque éthico-juridique : contribution à une revue de la littérature. *DU Hypnose médicale*, Paris 6.

- Kirsch, I., E. Cardena, et al. (2011). "Definitions of hypnosis and hypnotizability and their relation to suggestion and suggestibility: a consensus statement." Contemporary Hypnosis and Integrative therapy **28**(2): 107-115.
- Kohen, D. P. and R. Zajac (2007). "Self-hypnosis training for headaches in children and adolescents." J Pediatr **150**(6): 635-9.
- Kosek, E. and G. Ordeberg (2000). "Lack of pressure pain modulation by heterotopic noxious conditioning stimulation in patients with painful osteoarthritis before, but not following, surgical pain relief." Pain **88**(1): 69-78.
- Kozasa, E. H., J. R. Sato, et al. "Meditation training increases brain efficiency in an attention task." Neuroimage **59**(1): 745-9.
- Kushnir, S., A. D. Banack, et al. (1974). "Clinical hypnosis - a perspective." Can Fam Physician **20**(6): 63-74.
- Kuttner, L. "Pediatric hypnosis: pre-, peri-, and post-anesthesia." Paediatr Anaesth **22**(6): 573-7.
- Kwiatkowski, F. and Y. J. Bignon (2007). "[To test the impact of hypnotherapy upon immunity and circadian rhythms among palliative cancer patients: a promising goal?]." Pathol Biol (Paris) **55**(3-4): 186-93.
- Landolt, A. S. and L. S. Milling "The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: a comprehensive methodological review." Clin Psychol Rev **31**(6): 1022-31.
- Lhoutellier, L. (2013) « L'autohypnose pratiquée par les parturientes en salle de naissance » Mémoire Ecole de sages-femmes, Université d'Auvergne-Clermont 1
- Lioffi, C., P. White, et al. (2009). "A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control venepuncture-related pain of paediatric cancer patients." Pain **142**(3): 255-63.
- Luders, E., K. Clark, et al. "Enhanced brain connectivity in long-term meditation practitioners." Neuroimage **57**(4): 1308-16.
- Lutz, A., H. A. Slagter, et al. (2008). "Attention regulation and monitoring in meditation." Trends Cogn Sci **12**(4): 163-9.
- MacLean, S. E. and L. M. Ward "Temporo-frontal phase synchronization supports hierarchical network for mismatch negativity." Clin Neurophysiol **125**(8): 1604-17.
- Madrid, A., R. Giovannoli, et al. "Treating persistent nausea of pregnancy with hypnosis: four cases." Am J Clin Hypn **54**(2): 107-15.
- Mawdsley, J. E., D. G. Jenkins, et al. (2008). "The effect of hypnosis on systemic and rectal mucosal measures of inflammation in ulcerative colitis." Am J Gastroenterol **103**(6): 1460-9.
- Mazzoni, G., E. Rotiquenz, et al. (2009). "Suggested visual hallucinations in and out of hypnosis." Conscious Cogn **18**(2): 494-9.
- McCormack, D. "Hypnosis for hyperemesis gravidarum." J Obstet Gynaecol **30**(7): 647-53.
- McGeown, W. J., G. Mazzoni, et al. (2009). "Hypnotic induction decreases anterior default mode activity." Conscious Cogn **18**(4): 848-55.
- McGeown, W. J., A. Venneri, et al. "Suggested visual hallucination without hypnosis enhances activity in visual areas of the brain." Conscious Cogn **21**(1): 100-16.
- Mehl, L. E. (1994). "Hypnosis and conversion of the breech to the vertex presentation." Arch Fam Med **3**(10): 881-7.
- Michael, A. M. (1952). "Hypnosis in childbirth." Br Med J **1**(4761): 734-7.
- Moore, A. and P. Malinowski (2009). "Meditation, mindfulness and cognitive flexibility." Conscious Cogn **18**(1): 176-86.
- Moseley, G. L. (2007). "Using visual illusion to reduce at-level neuropathic pain in paraplegia." Pain **130**(3): 294-8.
- Oakley, D. A. and P. W. Halligan "Using hypnosis to gain insights into healthy and pathological cognitive functioning." Conscious Cogn **20**(2): 328-31.
- Oakley, D. A. and P. W. Halligan (2009). "Hypnotic suggestion and cognitive neuroscience." Trends Cogn Sci **13**(6): 264-70.
- Pagnoni, G. and M. Cekic (2007). "Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation." Neurobiol Aging **28**(10): 1623-7.
- Palsson, O. S. and W. E. Whitehead (2002). "The growing case for hypnosis as adjunctive therapy for functional gastrointestinal disorders." Gastroenterology **123**(6): 2132-5.
- Paqueron, X., M. Leguen, et al. (2003). "The phenomenology of body image distortions induced by regional anaesthesia." Brain **126**(Pt 3): 702-12.
- Paterson, D. C. (1982). "Hypnosis: an alternate approach to insomnia." Can Fam Physician **28**: 768-70.
- Peter, B., P. Schiebler, et al. "Electromyographic investigation of hypnotic arm levitation: differences between voluntary arm elevation and involuntary arm levitation." Int J Clin Exp Hypn **60**(1): 88-110.

- Peterfy, G. (1973). "The present status of hypnosis." *Can Med Assoc J* **109**(5): 397-407.
- Petrovic, P., E. Kalso, et al. (2002). "Placebo and opioid analgesia-- imaging a shared neuronal network." *Science* **295**(5560): 1737-40.
- Picard, P., C. Jusseume, et al. "Hypnosis for management of fibromyalgia." *Int J Clin Exp Hypn* **61**(1): 111-23.
- Ploghaus, A., L. Becerra, et al. (2003). "Neural circuitry underlying pain modulation: expectation, hypnosis, placebo." *Trends Cogn Sci* **7**(5): 197-200.
- Posner, M. I. and M. K. Rothbart "Brain states and hypnosis research." *Conscious Cogn* **20**(2): 325-7.
- Presciuttini, S., M. Curcio, et al. (2009). "Promoter polymorphisms of the NOS3 gene are associated with hypnotizability-dependent vascular response to nociceptive stimulation." *Neurosci Lett* **467**(3): 252-5.
- Pyka, M., M. Burgmer, et al. "Brain correlates of hypnotic paralysis-a resting-state fMRI study." *Neuroimage* **56**(4): 2173-82.
- Rainville, P., R. K. Hofbauer, et al. (2002). "Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness." *J Cogn Neurosci* **14**(6): 887-901.
- Ramachandran, V. S. and E. L. Altschuler (2009). "The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain function." *Brain* **132**(Pt 7): 1693-710.
- Ramachandran, V. S. and E. L. Seckel "Using mirror visual feedback and virtual reality to treat fibromyalgia." *Med Hypotheses* **75**(6): 495-6.
- Raz, A. "Does neuroimaging of suggestion elucidate hypnotic trance?" *Int J Clin Exp Hypn* **59**(3): 363-77.
- Raz, A. and N. K. Campbell "Can suggestion obviate reading? Supplementing primary Stroop evidence with exploratory negative priming analyses." *Conscious Cogn* **20**(2): 312-20.
- Reinhard, J., S. Peiffer, et al. "The Effects of Clinical Hypnosis versus Neurolinguistic Programming (NLP) before External Cephalic Version (ECV): A Prospective Off-Centre Randomised, Double-Blind, Controlled Trial." *Evid Based Complement Alternat Med* 2012: 626740.
- Reinhard, J., T. M. Heinrich, et al. "Clinical hypnosis before external cephalic version." *Am J Clin Hypn* **55**(2): 184-92.
- Richard, P. (2006). "[Hypnosis, child and pain]." *Arch Pediatr* **13**(6): 660-2.
- Rogovik, A. L. and R. D. Goldman (2007). "Hypnosis for treatment of pain in children." *Can Fam Physician* **53**(5): 823-5.
- Salem, G. "Hypnose et addiction." *Dépendances*(52).
- Schauble, P. G., W. E. Werner, et al. (1998). "Childbirth preparation through hypnosis: the hypnoreflexogenous protocol." *Am J Clin Hypn* **40**(4): 273-83.
- Schiff, E., S. Gurgevich, et al. (2007). "Potential synergism between hypnosis and acupuncture-is the whole more than the sum of its parts?" *Evid Based Complement Alternat Med* **4**(2): 233-40.
- Semmens-Wheeler, R. and Z. Dienes (2012). "The contrasting role of higher order awareness in hypnosis and meditation." *The Journal of Mind-Body Regulation* **2**(1): 43-57.
- Shah, M. C., S. H. Thakkar, et al. "Hypnosis in pregnancy with intrauterine growth restriction and oligohydramnios: an innovative approach." *Am J Clin Hypn* **54**(2): 116-23.
- Shen, Y. H. and R. Nahas (2009). "Complementary and alternative medicine for treatment of irritable bowel syndrome." *Can Fam Physician* **55**(2): 143-8.
- Spiller, R., Q. Aziz, et al. (2007). "Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management." *Gut* **56**(12): 1770-98.
- Strauss, M. and L. Naccache "[Toward a taxonomy of unconscious perceptual visual processes: from the patient to the healthy subject]." *Rev Neurol (Paris)* **166**(12): 953-8.
- Taylor, V. A., J. Grant, et al. "Impact of mindfulness on the neural responses to emotional pictures in experienced and beginner meditators." *Neuroimage* **57**(4): 1524-33.
- Terhune, D. B., E. Cardena, et al. "Disruption of synaesthesia by posthypnotic suggestion: an ERP study." *Neuropsychologia* **48**(11): 3360-4.
- Terhune, D. B., E. Cardena, et al. "Dissociated control as a signature of typological variability in high hypnotic suggestibility." *Conscious Cogn* **20**(3): 727-36.
- Tournaire, M. and A. Theau-Yonneau (2007). "Complementary and alternative approaches to pain relief during labor." *Evid Based Complement Alternat Med* **4**(4): 409-17.
- VandeVusse, L., J. Irland, et al. (2007). "Hypnosis for childbirth: a retrospective comparative analysis of outcomes in one obstetrician's practice." *Am J Clin Hypn* **50**(2): 109-19.
- Vanhaudenhuyse, A., M. Boly, et al. (2009). "Pain and non-pain processing during hypnosis: a thulium-YAG event-related fMRI study." *Neuroimage* **47**(3): 1047-54.

- Vickers, A. and C. Zollman (1999). "ABC of complementary medicine. Hypnosis and relaxation therapies." BMJ **319**(7221): 1346-9.
- Vlieger, A. M., C. Menko-Frankenhuis, et al. (2007). "Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial." Gastroenterology **133**(5): 1430-6.
- Waisblat, V., F. J. Mercier, et al. "[Effect of rocking motion on labor pain before epidural catheter insertion in the sitting position]." Ann Fr Anesth Reanim **29**(9): 616-20.
- Wolberg, L. R. (1964). "Hypnosis in Medicine." Bull N Y Acad Med **40**: 97-115.
- Yexley, M. J. (2007). "Treating postpartum depression with hypnosis: addressing specific symptoms presented by the client." Am J Clin Hypn **49**(3): 219-23.

L. Bordenave

- Elkins, G., J. Marcus, et al. (2008). "Randomized trial of a hypnosis intervention for treatment of hot flashes among breast cancer survivors." J Clin Oncol **26**(31): 5022-6.
- Montgomery, G. H., M. Kangas, et al. (2009). "Fatigue during breast cancer radiotherapy: an initial randomized study of cognitive-behavioral therapy plus hypnosis." Health Psychol **28**(3): 317-22.

B. Suarez

- Anbar, R. D. (2001). "Self-hypnosis for management of chronic dyspnea in pediatric patients." Pediatrics **107**(2): E21.
- Anbar, R. D. and S. C. Geisler (2005). "Identification of children who may benefit from self-hypnosis at a pediatric pulmonary center." BMC Pediatr **5**(1): 6.
- Anbar, R. D. and M. P. Slothower (2006). "Hypnosis for treatment of insomnia in school-age children: a retrospective chart review." BMC Pediatr **6**: 23.
- Berger, M. M., M. Davadant, et al. "Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns." Burns **36**(5): 639-46.
- Bryant, R. A. and L. Hung "Oxytocin enhances social persuasion during hypnosis." PLoS One **8**(4): e60711.
- Butler, L. D., B. K. Symons, et al. (2005). "Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children." Pediatrics **115**(1): e77-85.
- Calipel, S., M. M. Lucas-Polomeni, et al. (2005). "Premedication in children: hypnosis versus midazolam." Paediatr Anaesth **15**(4): 275-81.
- Cardena, E., P. Jonsson, et al. "The neurophenomenology of neutral hypnosis." Cortex **49**(2): 375-85.
- Castel, A., M. Perez, et al. (2007). "Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation." Eur J Pain **11**(4): 463-8.
- Cojan, Y., A. Archimi, et al. "Time-course of motor inhibition during hypnotic paralysis: EEG topographical and source analysis." Cortex **49**(2): 423-36.
- Cojan, Y., L. Waber, et al. (2009). "The brain under self-control: modulation of inhibitory and monitoring cortical networks during hypnotic paralysis." Neuron **62**(6): 862-75.
- Conlong, P. and W. Rees (1999). "The use of hypnosis in gastroscopy: a comparison with intravenous sedation." Postgrad Med J **75**(882): 223-5.
- Demertzi, A., A. Soddu, et al. "Hypnotic modulation of resting state fMRI default mode and extrinsic network connectivity." Prog Brain Res **193**: 309-22.
- Derbyshire, S. W., M. G. Whalley, et al. (2009). "Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion: an fMRI analysis." Eur J Pain **13**(5): 542-50.
- Dienes, Z., E. Brown, et al. (2009). "Hypnotic suggestibility, cognitive inhibition, and dissociation." Conscious Cogn **18**(4): 837-47.
- Faymonville, M. E., M. Boly, et al. (2006). "Functional neuroanatomy of the hypnotic state." J Physiol Paris **99**(4-6): 463-9.
- Gonsalkorale, W. M., V. Miller, et al. (2003). "Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome." Gut **52**(11): 1623-9.
- Houghton, L. A., E. L. Calvert, et al. (2002). "Visceral sensation and emotion: a study using hypnosis." Gut **51**(5): 701-4.
- Kallio, S., J. Hyona, et al. "The existence of a hypnotic state revealed by eye movements." PLoS One **6**(10): e26374.

- Landolt, A. S. and L. S. Milling "The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: a comprehensive methodological review." Clin Psychol Rev **31**(6): 1022-31.
- Lazarus, J. E. and S. K. Klein "Nonpharmacological treatment of tics in Tourette syndrome adding videotape training to self-hypnosis." J Dev Behav Pediatr **31**(6): 498-504.
- Liossi, C. (2006). "Hypnosis in cancer care." Contemp Hypn **23**(1): 45-57.
- Liossi, C., P. White, et al. (2006). "Randomized clinical trial of local anesthetic versus a combination of local anesthetic with self-hypnosis in the management of pediatric procedure-related pain." Health Psychol **25**(3): 307-15.
- McGeown, W. J., G. Mazzoni, et al. (2009). "Hypnotic induction decreases anterior default mode activity." Conscious Cogn **18**(4): 848-55.
- Mendelsohn, A., Y. Chalamish, et al. (2008). "Mesmerizing memories: brain substrates of episodic memory suppression in posthypnotic amnesia." Neuron **57**(1): 159-70.
- Montgomery, G. H., D. David, et al. (2002). "The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis." Anesth Analg **94**(6): 1639-45, table of contents.
- Oakley, D. A. and P. W. Halligan "Hypnotic suggestion: opportunities for cognitive neuroscience." Nat Rev Neurosci **14**(8): 565-76.
- Oakley, D. A. and P. W. Halligan "Using hypnosis to gain insights into healthy and pathological cognitive functioning." Conscious Cogn **20**(2): 328-31.
- Oakley, D. A. and P. W. Halligan (2009). "Hypnotic suggestion and cognitive neuroscience." Trends Cogn Sci **13**(6): 264-70.
- Rainville, P., B. Carrier, et al. (1999). "Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation." Pain **82**(2): 159-71.
- Raz, A., J. Fan, et al. (2005). "Hypnotic suggestion reduces conflict in the human brain." Proc Natl Acad Sci U S A **102**(28): 9978-83.
- Richardson, J., J. E. Smith, et al. (2006). "Hypnosis for procedure-related pain and distress in pediatric cancer patients: a systematic review of effectiveness and methodology related to hypnosis interventions." J Pain Symptom Manage **31**(1): 70-84.
- Sefiani, T., M. Uscaïn, et al. (2004). "[Laparoscopy under local anaesthesia and hypnoanaesthesia about 35 cholecystectomies and 15 inguinal hernia repair]." Ann Fr Anesth Reanim **23**(11): 1093-101.
- Sharar, S. R., W. Miller, et al. (2008). "Applications of virtual reality for pain management in burn-injured patients." Expert Rev Neurother **8**(11): 1667-1674.
- Simren, M., G. Ringstrom, et al. (2004). "Treatment with hypnotherapy reduces the sensory and motor component of the gastrocolonic response in irritable bowel syndrome." Psychosom Med **66**(2): 233-8.
- Stewart, J. H. (2005). "Hypnosis in contemporary medicine." Mayo Clin Proc **80**(4): 511-24.
- Stoelb, B. L., I. R. Molton, et al. (2009). "The efficacy of hypnotic analgesia in adults : a review of the literature." Contemp Hypn **26**(1): 24-39.
- Tefikow, S., J. Barth, et al. "Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: a meta-analysis of randomized controlled trials." Clin Psychol Rev **33**(5): 623-36.
- Wiechman, S. A., D. Patterson, et al. (2009). "Virtual Reality Hypnosis." Contemp Hypn **26**(1): 40-47.
- Willemsen, R., P. Haentjens, et al. "Hypnosis and alopecia areata: Long-term beneficial effects on psychological well-being." Acta Derm Venereol **91**(1): 35-9.
- Willemsen, R. and J. Vanderlinden (2008). "Hypnotic approaches for alopecia areata." Int J Clin Exp Hypn **56**(3): 318-33.
- Wood, C. and A. Bioy (2008). "Hypnosis and pain in children." J Pain Symptom Manage **35**(4): 437-46.

M. Iracane (pour le bureau de l'association EMDR France)

Marx, C. L'EMDR : L'histoire, la méthode et les techniques pour se libérer de ses traumatismes et dépasser ses blocages, Eyrolles.

EMDR et SSPT

Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). "Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis". British Journal of Psychiatry, **190**, 97-104.

- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). "A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD". *American Journal of Psychiatry*, **162**, 214-227.
- Chen, Y.R, Hung, K.W., Tsai, J.C., Chu H., Chung, M.H., Chen, S.R., Liao, Y.M., Ou, K.L., Chang, Y.C., Chou, K.R. (2014) "Efficacy of Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for Patients with Posttraumatic-Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials" *PlosOne*, **9** (8)
- Lee, C.W. and Cuijpers, P. (2013) "A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories." *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **44** (2). pp. 231-239.
- Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). "Comparing the efficacy of EMDR and traumafocused Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of PTSD: a meta-analytic study" *Psychological Medicine*, **36**, 1515-1522.

EMDR et douleur

- Hughes, M. (2014). "EMDR as a Therapeutic Treatment for Complex Regional Pain Syndrome: A Case Report." *Journal of EMDR Practice and Research* **8**(2): 66-73.
- Schneider, J., A. Hofmann, et al. (2008). "EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain." *Pain Med* **9**(1): 76-82.
- Tesarz, J., S. Leisner, et al. "Effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment in chronic pain patients: a systematic review." *Pain Med* **15**(2): 247-63.

EMDR et troubles anxieux

- Leer, A., I. M. Engelhard, et al. "Eye movements during recall of aversive memory decreases conditioned fear." *Behav Res Ther* **51**(10): 633-40.

EMDR et personnalité borderline

- Mosquera, D. and A. Gonzalez-Vazquez "[Borderline Personality Disorder, trauma and EMDR]." *Riv Psichiatri* **47**(2 Suppl): 26-32.

EMDR et troubles de l'humeur

- Landin-Romero, R., P. Novo, et al. "EMDR therapy modulates the default mode network in a subsyndromal, traumatized bipolar patient." *Neuropsychobiology* **67**(3): 181-4.
- Hofmann, A., M. Hase, et al. (2014). "Eye Movement Desensitization and Reprocessing as an Adjunctive Treatment of Unipolar Depression: A Controlled Study." *Journal of EMDR Practice and Research* **8**(103).

EMDR et troubles de l'attachement

- Wesselmann, D., M. Davidson, et al. (2012). "EMDR as a treatment for improving attachment status in adults and children." *Revue européenne de psychologie appliquée* **62**: 223-230.

EMDR et psychose

- Van Der Vleugel, B. M., D. P. Van Den Berg, et al. "Trauma, psychosis, post-traumatic stress disorder and the application of EMDR." *Riv Psichiatri* **47**(2 Suppl): 33-8.
- Van Den Berg, D. P., B. M. Van Der Vleugel, et al. (2014). "L'EMDR dans la psychose : lignes directrices pour la conceptualisation et le traitement." *Journal of EMDR Practice and Research* **8**(3).

EMDR appliquée aux groupes

- Jarero, I., S. Roque-Lopez, et al. (2014). "Third Research Study on the Provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol with Child Victims of Severe Interpersonal Violence." *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación* **6**(2).

EMDR appliquée aux personnes intellectuellement déficientes

- Mevissen, L., R. Lievegoed, et al. "Do persons with intellectual disability and limited verbal capacities respond to trauma treatment?" *J Intellect Dev Disabil* **36**(4): 274-9.

ANNEXES RELATIVES A L'EMDR

Précisions sur l'association EMDR France (transmises par Mme Iracane, pour le bureau de l'association EMDR France)

Il existe en France une seule association : l'association EMDR France. Elle regroupe tous les praticiens certifiés et en cours de formation ; le nombre d'adhérents en France est de 1200 personnes actuellement.

L'association EMDR France dispose de plusieurs missions et se compose de plusieurs commissions :

- **une Commission d'Admission et de Certification** veille aux prérequis des thérapeutes sollicitant la formation et délivre son autorisation d'accès à la formation aux psychiatres, psychologues titulaires d'un master 2, médecins psychothérapeutes et psychothérapeutes ARS. Cette même commission délivre le titre de praticien EMDR Europe à l'issue des formations proposées par les instituts après avoir vérifié l'adéquation de leurs contenus aux critères de l'Association EMDR Europe à laquelle EMDR France est affiliée.
- **la Commission de formation continue et de réaccréditation** : Le titre de praticien EMDR Europe est délivré pour 5 ans ; son maintien au-delà de ce délai est conditionné par un cursus de formation continue organisé et contrôlé.
- **Une commission de déontologie** veille au respect des règles de fonctionnement. Cette commission est chargée de traiter les problèmes relatifs à l'éthique pour ce qui est de l'application de l'EMDR avec les patients.
- **Une commission enfants / Adolescent**
- **Une commission Recherches** très affiliée à l'université de Lorraine au département de psychologie de la santé et au laboratoire de recherches sur la place de l'EMDR dans le traitement des problématiques de santé.
- **Une commission Communication** contribue à faire connaître cette approche thérapeutique. Cette commission est chargée de la communication interne et externe auprès du public, des prescripteurs et des professionnels en santé mentale.
- **Une Commission EMDR Pour Tous** réfléchit aux moyens d'améliorer la proposition de réseaux de thérapeutes recevant des personnes disposant de très faibles revenus.

L'association EMDR France a pour missions de :

- ▶ Regrouper les psychologues cliniciens, psychiatres, psychanalystes, psychothérapeutes praticiens de la thérapie EMDR en France
- ▶ Assurer la qualité de la pratique de la thérapie EMDR en France pour la protection et le service du public, en accord avec les principes établis par l'association EMDR-Europe
- ▶ Préconiser des standards de formation continue pour les praticiens de la thérapie EMDR et encourager la mise en place d'un système d'évaluation continue de la qualité des soins
- ▶ Promouvoir et assurer les études et la recherche sur la thérapie EMDR dans toutes ses applications cliniques et théoriques en France et en Europe
- ▶ Diffuser l'information scientifique et clinique relative à la thérapie EMDR par tous les moyens appropriés
- ▶ Diffuser des informations sur la thérapie EMDR aux psychothérapeutes cliniciens et universitaires
- ▶ Diffuser des informations sur la thérapie EMDR au grand public

- ▶ Faciliter les échanges d'informations cliniques entre les praticiens pour améliorer la qualité des soins
- ▶ Prendre toute autre mesure au profit du développement de la thérapie EMDR en France et en Europe selon les décisions du Conseil d'Administration de l'Association.

L'association EMDR France rappelle que :

Le praticien est seul responsable de la thérapie pour son patient/client. Il fixe librement ses honoraires. Nous recommandons au patient d'entrer directement en contact avec le praticien de son choix qui déterminera les modalités et le cadre de la thérapie.

EMDR : convergences et divergences avec l'hypnose (Données transmises par Mme Iracane, pour le bureau de l'association EMDR France)

Points de convergence

L'approche hypnotique est impliquée et utilisée au cours de la thérapie EMDR dans certaines phases :

- Lors de la phase 1 : L'induction d'un état modifié de conscience va permettre de mobiliser des liens mnésiques entre difficultés du présent et souvenirs du passé à travers l'activation de pensées négatives, d'émotions ou de sensations corporelles. Ces techniques sont utilisées lorsque le patient ne fait pas de liens directs entre sa plainte dans le présent et les souvenirs du passé qui l'alimentent. Elles permettent d'accéder aux cibles pertinentes à traiter. Ainsi la technique du « Floatback »²⁶ et celle du pont d'affect²⁷ inspirée de la technique de Watkins²⁸ placent le patient en état de conscience modifié et sous l'influence de suggestion directe du thérapeute, les souvenirs anciens dont l'accès est facilité, peuvent ré-émerger dans l'espace de la conscience
- Lors de la phase 2 dite de préparation. Plusieurs outils hypnotiques peuvent être utilisés :
 - Le lieu de sécurité : En amont du retraitement des cibles et dans le but de réguler les charges émotionnelles liées aux abréactions lors de la désensibilisation des cibles traumatiques, nous proposons au patient de mobiliser, en séance, un espace de bien-être, de détente et de sécurité, réel, imaginaire ou symbolique qu'il pourra convoquer à tout moment en cours du traitement pour revenir à une zone psychologiquement gérable de tolérance des affects. Cette approche crée un état de conscience modifiée et le sujet se trouve alors en état de transe hypnotique suggéré par le thérapeute (suggestion directe).
 - les métaphores : elles viennent renforcer les messages de psycho éducation, pour illustrer le principe du « pied dans le passé et pied dans le présent » nécessaire à l'attention duelle et à l'exposition au matériel traumatique en gardant contact avec l'ici et maintenant sécurisant pour éviter le risque d'une retraumatisation. Ces métaphores mobilisent le principe de la dissociation thérapeutique utilisée en hypnose.
 - La technique du contenant²⁹, inspirée d'une technique hypnotique, pourra être utilisée confortablement pour mettre des limites et des contours au matériel psychique non traité qui pourrait submerger le patient pendant et en dehors des séances.
- Lors de la phase 4 de désensibilisation :

²⁶ Développée par W. Zangwill, [Browning, C. \(1999\) Floatback and float forward: Techniques for linking past, present and future. EMDRIA Newsletter](#)

²⁷ Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures., Guildford Press.

²⁸ Watkins, J. G. (1971). "The affect bridge: a hypnoanalytic technique." *Int J Clin Exp Hypn* **19**(1): 21-7.

²⁹ Murray, K. (2011). "Clinical Q&A: Container." *Journal of EMDR Practice and Research*, **5**(3).

- il arrive fréquemment que l'intensité des informations et la reviviscence du matériel sensoriel et émotionnel au cours de la désensibilisation des souvenirs, entraînent des blocages de la libre association qui marque l'arrêt du traitement adaptatif de l'information. Dans ces cas-là, les techniques de distanciation, de contenance ou d'apaisement inspirées de l'hypnose Ericksonienne, en agissant sur la dimension sensorielle ou somatique (les images effractantes, les émotions de peur ressenties dans le corps par exemple) peuvent contribuer par des suggestions directes à réduire l'intensité du matériel mnésique (imaginer les images en noir et blanc, imaginer l'agresseur immobile) et ainsi favoriser la remise en route du traitement adaptatif de l'information.
- L'autre manière d'intervenir lors de blocages est de faire appel à la technique du tissage cognitif qui s'apparente plus à une suggestion indirecte ; l'intervention du thérapeute, formulée sur le mode interrogatif va impliquer une réponse qui conditionne un recadrage et une perception autre de la situation.

Utilisation conjointe EMDR et hypnose

- EMDR et Hypnose peuvent être utilisées conjointement dans le traitement de la douleur (technique du faisceau lumineux)
- Enfin certains auteurs indiquent que l'approche EMDR et l'hypnose peuvent être conjuguées dans l'approche thérapeutique des troubles dissociatifs et amplifier les effets cliniques³⁰ et dans le traitement des phobies³¹.

Points de divergences

Néanmoins, au cœur du traitement EMDR (lors de l'activation du traitement adaptatif de l'information pendant la phase de désensibilisation des cibles/souvenirs), les patients ne sont pas dans un état d'hypnose, comme en témoignent des résultats d'étude s'étant intéressées à la suggestibilité des patients ou aux ondes cérébrales émises :

- Le manque de suggestibilité des patients pendant le processus EMDR³² comparé à ceux placés dans un état hypnotique indique que les patients EMDR ne sont pas dans un état d'hypnose.
- Les ondes dominantes du cerveau générées par les deux procédés sont différentes : les lectures des EEG prises au cours de séances d'EMDR montrent un type d'ondes cérébrales correspondant aux paramètres d'éveil normaux c'est-à-dire des ondes beta³³ alors que des ondes prononcées thêta³⁴) bêta³⁵ ou alpha³⁶ sont caractéristiques des sujets hypnotisés.

³⁰ Fine, C. G. and A. S. Berkowitz (2001). "The wreathing protocol: the imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. Eye Movement Desensitization Reprocessing." *Am J Clin Hypn* **43**(3-4): 275-90, Frischholz, E. J., J. A. Kowal, et al. (2001). "Introduction to the special section: hypnosis and EMDR. Eye Movement Desensitization and Reprocessing." *Am J Clin Hypn* **43**(3-4): 179-82, Phillips, M. (2001). "Potential contributions of hypnosis to ego-strengthening procedures in EMDR. Eye Movement Desensitization Reprocessing." *Am J Clin Hypn* **43**(3-4): 247-62.

³¹ McNeal, S. A. (2001). "EMDR and hypnosis in the treatment of phobias. Eye Movement Desensitization and Reprocessing." *Am J Clin Hypn* **43**(3-4): 263-74.

³² Hekmat, H., S. Groth, et al. (1994). "Pain ameliorating effect of eye movement desensitization." *J Behav Ther Exp Psychiatry* **25**(2): 121-9.

³³ Nicosia, G. (1995). "Eye movement desensitization and reprocessing is not hypnosis." *Dissociation* **8**(69).

³⁴ Sabourin, M. E., S. D. Cutcomb, et al. (1990). "EEG correlates of hypnotic susceptibility and hypnotic trance: spectral analysis and coherence." *Int J Psychophysiol* **10**(2): 125-42.

³⁵ DePascalis, V. and P. M. Penna (1990). "40-Hz EEG activity during hypnotic induction and hypnotic testing." *Int J Clin Exp Hypn* **38**(2): 125-38.

³⁶ Chhina, G. S., A. Meares, et al. (1961). "Electroencephalographic activity under hypnotism." *Indian J Physiol Pharmacol* **5**: 43-8.

RESUME DETAILLE DES REVUES COCHRANE EVALUANT L'HYPNOSE OU L'EMDR

Les résumés des revues Cochrane présentés ci-dessous sont issus du site Cochrane

<http://summaries.cochrane.org/fr>

Les traductions en Français ont été réalisées par le [Centre Cochrane Français](#).

Ces résumés ont été complétés si nécessaire avec d'autres informations issues de la revue Cochrane :

- le nombre et le type d'essais exclus
- une description individuelle des essais : intervention(s), contrôle(s)
- l'évaluation de la qualité des données et des risques de biais effectuée par les auteurs (Score Jadad, description narrative ou graphique à partir du logiciel Risk of Bias Tool selon les revues)
- les graphiques de type Forest Plot représentant les résultats des méta-analyses du critère principal de jugement
- des tableaux synthétisant les analyses les plus informatives

L'hypnose dans la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement (Madden, Middleton et al.)

Contexte:

Cette revue fait partie d'une série de revues Cochrane qui étudient la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement. Ces revues contribuent toutes à fournir une vue d'ensemble des revues systématiques de la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement, et relèvent d'un même protocole générique. Les auteurs ont examiné les preuves actuellement disponibles quant à l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement. Cette revue met à jour des résultats sur l'hypnose issus d'une revue précédente sur les thérapies complémentaires et alternatives pour la prise en charge de la douleur pendant le travail, et constitue une seule et même revue.

Objectifs:

Examiner l'efficacité et l'innocuité de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur au cours du travail et de l'accouchement.

Stratégie de recherche documentaire:

Recherches dans le registre d'essais cliniques du groupe Cochrane sur la grossesse et l'accouchement (11 janvier 12) et les bibliographies des études primaires et des articles de revue.

Critères de sélection:

Essais contrôlés randomisés et essais contrôlés quasi-randomisés comparant la préparation à l'accouchement par hypnose et/ou l'utilisation de l'hypnose pendant le travail, avec ou sans utilisation concomitante de méthodes de soulagement de la douleur pharmacologiques ou non-pharmacologiques, à un [placebo](#), à l'absence de traitement ou à tout médicament ou technique anti-douleur.

Recueil et analyse des données:

Deux évaluateurs ont extrait les données et évalué la qualité des essais de manière indépendante. Dans la mesure du possible, ils ont contacté les auteurs des études pour obtenir des informations complémentaires sur les données et la méthodologie.

Essais inclus et exclus :

Sur 11 études identifiées par la recherche :

- 7 ont été incluses
- 2 étaient en cours
- 1 en attente de classification (intervention de « psychologie suggestive » avec comme critère de jugement principal la durée du travail, article en chinois)
- 1 a été exclue, car l'intervention n'avait pas pour objectif la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement

Description des études incluses

Essai	Intervention	Contrôle
(Cyna, Crowther et al.) N=448	2 groupes : - Hypnose anténatale par un médecin qualifié - Hypnose anténatale par un audio CD en présence d'une infirmière non qualifiée en hypnose. Pour les 2 groupes : 3 sessions hebdomadaires consécutives, séances en groupe (jusqu'à 10 femmes) Pratiques à la maison recommandée (avec les CD audio, 1 pour chaque séance et 1 pour le travail)	Préparation anténatale habituelle (sans intervention supplémentaire)
(Fisher, Esplin et al. 2009) N=38	Hypnobirthing	Préparation à la naissance standard
(Mehl-Madrona 2004) N=520	Sessions d'hypnose individuelle (par un thérapeute home)	Psychothérapie de soutien (par une interne femme diplômée en psychologie)
(Martin, Schauble et al. 2001) N=42	Protocole de préparation à la naissance avec auto-hypnose. 4 sessions programmées tous les 15 jours	Counseling (soutien) par une sage-femme
(Harmon, Hynan et al. 1990) N=60	6 sessions hebdomadaires d'1 heure en groupe de 15 (sans la présence des conjoints). En addition à la préparation à la naissance classique (où les conjoints pouvaient être présents). Induction par un psychologue qualifié pendant la 1 ^{ère} séance puis utilisation d'un enregistrement audio pour les séances suivantes. Travail sur le biofeedback avec la réalisation de l'épreuve de douleur ischémique (ischemic pain task). Pratique à la maison avec l'enregistrement audio recommandée.	A la place des sessions d'hypnose, séances de relaxation utilisant un enregistrement audio (relaxation, techniques de visualisation-distraktion, techniques de respiration et de poussée)
(Freeman, Macaulay et al. 1986) N=65	Sessions hebdomadaires individuelles à partir de la 32 ^{ème} semaine de grossesse en plus de	Préparation à la naissance

	la préparation classique à la naissance.	classique (hebdomadaire)
(Rock, Shipley et al. 1969) N=40	Hypnose pendant le travail par un étudiant en médecine. Utilisation d'un script pour l'induction. La patiente n'était pas informée qu'elle était hypnotisée. Suggestions de relaxation, confort, sommeil. Tests : réponse à 3 suggestions (lévitation de la main, main lourde et anesthésie en gant). En plus, les soins habituels et le monitoring (surveillance) étaient prodigués par l'hypnotiseur.	Soins habituels et monitoring (surveillance) par un étudiant en médecine

Résultats principaux:

Sept essais ont été inclus, totalisant 1213 femmes randomisées. Tous, sauf un, présentaient un risque de biais modéré à élevé.

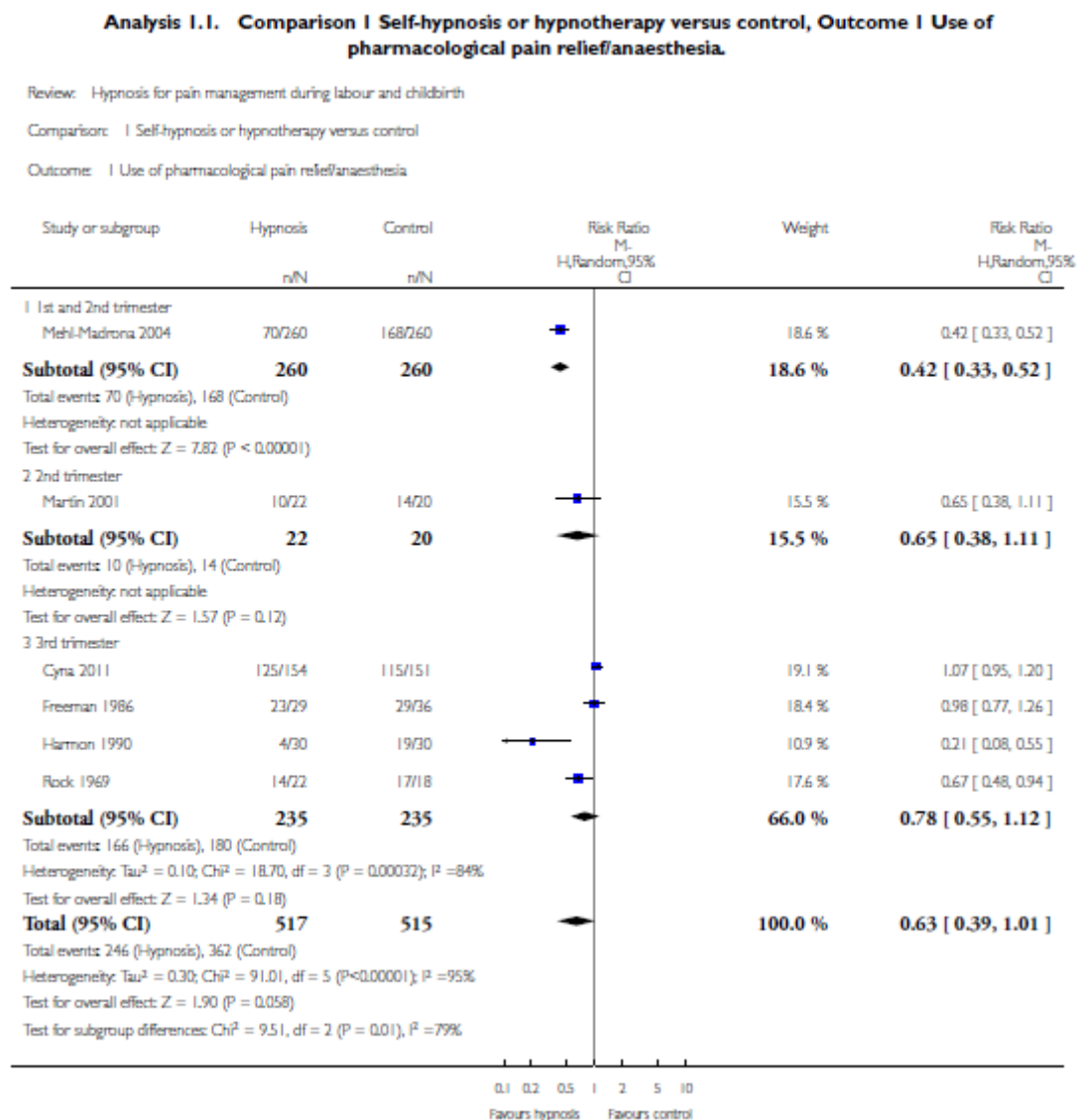
Résumé des risques de biais selon (Madden, Middleton et al.)

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants (objective outcomes)	Blinding of participants (subjective outcomes)	Blinding of personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Cyna 2011	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Fisher 2009	?	?	?	?	?	?	?	?	+
Freeman 1986	?	?	?	?	?	?	-	?	?
Harmon 1990	-	-	+	?	?	+	+	+	?
Martin 2001	?	?	+	?	+	?	+	+	+
Mehl-Madrona 2004	+	?	?	?	?	+	-	-	?
Rock 1969	-	-	+	?	-	?	+	?	?

Bien que six des sept essais aient évalué l'hypnothérapie anténatale, il y avait des différences considérables entre ces essais en ce qui concerne le moment de l'[intervention](#) et la technique mise en œuvre. Un essai a mis en œuvre l'hypnothérapie pendant le travail (Rock, Shipley et al. 1969). Aucune différence significative

entre les femmes du groupe sous hypnose et celle du groupe contrôle n'a été observée en ce qui concerne les critères d'évaluation principaux : utilisation de moyens pharmacologiques pour soulager la douleur (risque relatif (RR) moyen 0,63, intervalle de confiance (IC) à 95 % de 0,39 à 1,01, six études, 1032 femmes), accouchement spontané par voie basse (RR moyen 1,35, IC à 95 % de 0,93 à 1,96, quatre études, 472 femmes) ou satisfaction de la méthode de soulagement de la douleur (RR 1,06, IC à 95 % de 0,94 à 1,20, une étude, 264 femmes). Il y avait une hétérogénéité statistiquement significative des données sur l'utilisation d'analgésiques pharmacologiques et sur l'accouchement spontané par voie basse. Le quatrième critère d'évaluation principal, à savoir le sentiment de gérer le travail, a été rapporté dans deux études et n'a montré aucun effet bénéfique (mais aucune donnée disponible utilisable pour cette revue).

Forest plot (Madden, Middleton et al.) : Hypnose versus contrôle, critère principal = utilisation de méthode antalgique pharmacologique/anesthésie



En ce qui concerne les critères d'évaluation secondaires, aucune différence significative n'a été identifiée entre les femmes du groupe hypnose et celles du groupe contrôle pour la majorité des critères d'évaluations pour lesquels des données étaient disponibles. Par exemple, il n'y avait pas de différence significative en termes de satisfaction de l'accouchement (RR moyen 1,36, IC à 95 % de 0,52 à 3,59, deux études,

370 femmes), d'admissions en unité de soins intensifs néonataux ([RR](#) moyen 0,58, IC à 95 % de 0,12 à 2,89, deux études, 347 femmes) ou d'allaitement à la sortie de l'hôpital ([RR](#) 1,00, IC à 95 % de 0,97 à 1,03, une étude, 304 femmes). Des bénéfices ont été démontrés pour les femmes du groupe sous hypnose par rapport à celles du groupe contrôle en termes d'intensité de la douleur, de durée du travail et de durée de séjour à l'hôpital des mères, bien que ces résultats soient basés sur des études uniques avec un petit nombre de femmes. L'intensité de la douleur s'est avérée moindre pour les femmes du groupe hypnose que pour celles du groupe de contrôle, dans un essai sur 60 femmes (différence moyenne (DM) -0,70, IC à 95 % de -1,03 à -0,37). La même étude a révélé que la durée moyenne du travail à compter de 5 cm de dilatation jusqu'à l'accouchement (en minutes) était significativement plus courte dans le groupe hypnose (différence moyenne -165,20, IC à 95 % de -223,53 à -106,87, une étude, 60 femmes). Une autre étude a découvert qu'une proportion plus faible de femmes restait à l'hôpital plus de deux jours après l'accouchement dans le groupe hypnose que dans le groupe contrôle ([RR](#) 0,11, IC à 95 % de 0,02 à 0,83, une étude, 42 femmes).

Par ailleurs, des analyses en sous-groupes ont été réalisées, afin d'investiguer les sources potentielles d'hétérogénéité. Ces analyses ont été restreintes aux critères de jugement principaux, et les données étaient disponibles pour seulement 2 critères : l'utilisation de méthode antalgique pharmacologique et l'accouchement spontané par voie basse. Pour ces 2 critères, l'hétérogénéité n'était pas expliquée par les sous groupes suivants : nullipare vs multipare ; sessions individuelles vs sessions de groupe ; hypnose avec renforcement par audio-CD vs hypnose seule vs audio-CD seul ; hypnotisabilité élevée vs basse. Par contre, le trimestre à l'instauration des séances d'hypnose était associé aux critères principaux : moins de recours à des méthodes antalgiques pharmacologiques lorsque l'hypnose était débutée au 1^{er} ou 2nd trimestre de la grossesse, et un taux de naissances spontanées par voie basse plus élevé lorsque l'hypnose était débutée au 2nd trimestre. De même, le fait de proposer 4 sessions d'hypnose ou plus était associé à un moindre recours aux antalgiques, et à un taux de naissances spontanées par voie basse plus élevé. Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence (limites des analyses en sous groupe).

Résultats des analyses en sous-groupe -trimestre de grossesse et nombre de sessions- (Madden, Middleton et al.)

Comparison 1. Self-hypnosis or hypnotherapy versus control

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
1 Use of pharmacological pain relief/anaesthesia	6	1032	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.63 [0.39, 1.01]
1.1 1st and 2nd trimester	1	520	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.42 [0.33, 0.52]
1.2 2nd trimester	1	42	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.65 [0.38, 1.11]
1.3 3rd trimester	4	470	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.78 [0.55, 1.12]
2 Satisfaction with pain relief	1	264	Risk Ratio (M-H, Fixed, 95% CI)	1.06 [0.94, 1.20]
3 Spontaneous vaginal birth	4	472	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	1.35 [0.93, 1.96]
3.1 2nd trimester	1	42	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	2.42 [1.43, 4.07]
3.2 3rd trimester	3	430	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	1.16 [0.85, 1.57]

Comparison 4. < 4 sessions versus 4 or more sessions

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
1 Use of pharmacological pain relief/anaesthesia	5	992	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.62 [0.35, 1.09]
1.1 < 4 sessions	1	305	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	1.07 [0.95, 1.20]
1.2 4 or more sessions	4	687	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.52 [0.27, 1.01]
2 Spontaneous vaginal birth	4	472	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	1.35 [0.93, 1.96]
2.1 < 4 sessions	1	305	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.91 [0.75, 1.10]
2.2 4 or more sessions	3	167	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	1.59 [1.06, 2.38]

Conclusions des auteurs:

Il n'y a que peu d'études qui évaluent l'utilisation de l'hypnose pour le travail et l'accouchement. Bien que l'intervention semble prometteuse, d'autres recherches sont nécessaires avant de pouvoir émettre des recommandations quant à son utilité clinique dans la prise en charge de la douleur en maternité.

L'hypnose pour la prévention de la dépression du post-partum (Sado, Ota et al.)

Contexte:

La morbidité causée par la dépression postnatale (DPN) est énorme. Plusieurs interventions psychologiques ou psycho-sociales semblent être efficaces dans le traitement de ce trouble même si elles n'ont pas montré de net bénéfice dans la prévention du développement des DPN. Jusqu'à présent, cependant, l'efficacité de l'hypnose n'a pas été évaluée en rapport avec cela.

Objectifs:

Évaluer l'effet de l'hypnose pour la prévention de la dépression postnatale en comparaison avec les soins prénataux, perinataux et postnataux habituels.

Stratégie de recherche documentaire:

Recherche dans le registre des essais cliniques du groupe Cochrane sur la grossesse et la naissance (30 septembre 2011).

Critères de sélection:

Des essais contrôlés randomisés comparant l'hypnose aux soins prénataux, perinataux ou postnataux habituels, dans lesquels l'objectif primaire ou secondaire est d'évaluer s'il y a réduction du risque de développer une dépression postnatale.

Recueil et analyse des données:

Deux auteurs de la revue ont indépendamment évalué les essais à inclure et le risque de biais de la seule étude incluse. L'étude incluse n'a pas fourni de données à analyser.

Essais inclus et exclus :

Sur les 5 essais identifiés :

- 1 a été inclus

- 2 essais ont été exclus : 1 car il ne s'agissait pas d'un essai randomisé et 1 autre car la dépression post natale ne faisait pas partie de ses critères de jugement

- 2 étaient en cours

Résultats principaux:

Il y avait une étude incluse (portant sur 63 femmes).

Essai	Intervention	Contrôle
(Harmon, Hynan et al. 1990) N=60 (63 participantes dont 3 exclues car présentant un critère d'exclusion)	6 sessions hebdomadaires d'1 heure en groupe de 15 (sans la présence des conjoints). En addition à la préparation à la naissance classique (où les conjoints pouvaient être présents). Induction par un psychologue qualifié pendant la 1 ^{ère} séance puis utilisation d'un enregistrement audio pour les séances suivantes. Travail sur le biofeedback avec la réalisation de l'épreuve de douleur ischémique (ischemic pain task). Pratique à la maison avec l'enregistrement audio recommandée.	A la place des sessions d'hypnose, séances de relaxation utilisant un enregistrement audio (relaxation, techniques de visualisation-distraktion, techniques de respiration et de poussée)

Toutefois, comme cette étude n'incluait pas les critères de jugement retenus, la revue ne disposait d'aucune donnée pour l'analyse.

Conclusions des auteurs:

Aucunes données issues d'essais contrôlés randomisés n'étaient disponibles pour évaluer l'efficacité de l'hypnose pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, pour la prévention de la dépression post-natale. Des données issues d'essais contrôlés randomisés sont nécessaires pour évaluer l'utilisation et les effets de l'hypnose en période périnatale pour la prévention de la dépression post-natale. Deux essais sont actuellement en cours, qui pourraient fournir à l'avenir des informations supplémentaires.

L'hypnothérapie pour la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable (Webb, Kukuruzovic et al. 2007)

Contexte :

Le syndrome de l'intestin irritable est un trouble fonctionnel gastro-intestinal répandu sans étiologie connue. Les traitements pharmacologiques actuels présentent un intérêt limité. L'hypnothérapie a été rapportée comme ayant des effets bénéfiques dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable.

Objectifs :

Evaluer l'efficacité de l'hypnothérapie dans le traitement du syndrome de l'intestin irritable

Stratégie de recherche documentaire :

Les essais cliniques randomisés et quasi randomisés, publiés ou non ont été identifiés via les portails de recherche Medline (1996 à Mars 2006), Embase (1980 à Mars 2006), PsycInfo (1806 à Mars 2006), Cinahl (1982 à Mars 2006), Amed (1985 à Mars 2006), et dans le registre Cochrane des essais contrôlés. Les comptes-rendus des conférences des Semaines des Maladies digestives ont également été analysés (1980 à 2005).

Critères de sélection :

Les essais cliniques randomisés et quasi randomisés comparant l'hypnothérapie à l'absence de traitement ou à une autre intervention thérapeutique ont été inclus.

Recueil et analyse des données :

Toutes les études incluses ont été évaluées en terme de qualité et les données ont été extraites de manière indépendante par quatre auteurs. Le critère de jugement principal était le score global de sévérité des symptômes abdominaux (qui combine la douleur abdominale, diarrhée, constipation et ballonnement). Les critères de jugement secondaires étaient les suivants : douleur abdominale, diarrhée, constipation, ballonnement, qualité de vie, évaluation globale par le patient de son bien-être, mesures psychologiques diverses, évènements indésirables.

Essais inclus et exclus :

Sur les 25 études identifiées :

- 4 ont été incluses
- 21 ont été exclues (15 études n'étaient pas randomisées, 4 articles comparaient 2 types d'hypnothérapie, 1 présentait une série de cas, et 1 un cas unique).

Description des études incluses

Les 4 études ont utilisé une hypnothérapie « dirigée vers l'intestin », c'est-à-dire utilisant des suggestions spécifiques relatives aux symptômes gastro-intestinaux et des suggestions de renforcement de l'ego.

Essai	Intervention	Contrôle
(Galovski and Blanchard 1998) N=13	Hypnothérapie Utilisation du script développé par Whorwell (Whorwell, Prior et al. 1984) Audio cassette remise aux patients pour une pratique à domicile entre les séances.	Liste d'attente (surveillance des symptômes pendant 6 semaines)
(Palsson, Turner et al. 2002) N=24	Hypnothérapie : 7 sessions individuelles de 45 minutes sur une période de 12 semaines environ. Induction suivant un script développé par une des auteurs. Audio cassette remise aux patients pour une pratique à domicile entre les séances.	Liste d'attente
(Roberts, Wilson et al. 2006) N=81	En adjonction du traitement habituel, 5 séances hebdomadaires de 30 minutes d'hypnothérapie Audio cassette remise aux patients pour une pratique à domicile entre les séances.	Prise en charge habituelle (prodiguée par le médecin généraliste)
(Whorwell, Prior et al. 1984) N=30 (durée des symptômes ≥ 1 an, et non réponse à la prise en charge proposée jusqu'alors)	Hypnothérapie : 7 séances de 30 minutes sur une période de 3 mois (avec espacement progressif des séances). Audio cassette remise aux patients après la 3 ^{ème} séance pour une pratique à domicile entre les séances. Script développé par l'auteur avec des suggestions spécifiques dirigées sur les symptômes intestinaux, de la relaxation globale, une perception réduite des menaces sur la vie et une moindre attention portée à l'inconfort intestinal.	Psychothérapie (7 séances de 30 minutes) + médicament placebo

Résultats principaux :

4 essais ont été inclus, avec un effectif global de 147 patients.

Du fait de l'hétérogénéité, il n'a pas été réalisé de méta analyse. Versus liste d'attente ou prise en charge habituelle l'hypnothérapie était associée à de meilleurs résultats sur la douleur abdominale et sur les symptômes primaires composites du syndrome de l'intestin irritable, à court terme.

Comparison 1. Hypnotherapy and usual medical therapy versus usual medical therapy alone

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
1 Overall change in QOL score at 12 months	1	53	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI)	2.70 [-7.59, 12.99]
2 Overall symptom score at 3 months	1	65	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI)	-8.5 [-14.53, -2.47]
3 Abdominal pain change score at 3 months	1	56	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI)	-14.40 [-24.69, -4.11]
4 Constipation change score at 3 months	1	66	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI)	-2.40 [-11.61, 6.81]
5 Diarrhoea change score at 3 months	1	65	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI)	-7.90 [-16.27, 0.47]
6 Overall symptom change score at 12 months	1	53	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI)	-2.70 [-10.48, 5.08]
7 Abdominal pain change score at 12 months	1	53	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI)	-0.60 [-13.29, 12.09]
8 Constipation change score at 12 months	1	53	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI)	-3.8 [-15.91, 8.31]
9 Diarrhoea change score at 12 months	1	53	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI)	-1.5 [-10.82, 7.82]
10 Quality of life score at 12 months	1	53	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI)	9.60 [-3.77, 22.97]

Comparison 2. Hypnotherapy versus wait list control

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
1 Abdominal pain score	1	24	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI)	-3.90 [-10.60, 2.80]
2 Composite Primary Symptom Reduction (CPSR) Score.	1	11	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI)	-0.87 [-1.36, -0.38]
3 Proportion of hard/watery bowel movements	1	24	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI)	-0.25 [-0.38, -0.12]
4 Proportion of subjects with bloating	1	24	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI)	-0.16 [-6.44, 6.12]
5 Frequency of bowel motions	1	24	Mean Difference (IV, Fixed, 95% CI)	0.20 [-1.06, 1.46]

Conclusion des auteurs

Les 4 essais de petite taille inclus dans la revue suggèrent un effet bénéfique à court terme mais cela n'a pas été démontré de manière convaincante. En effet, les résultats doivent être interprétés avec prudence du fait des faibles effectifs et des limites méthodologiques des essais. L'efficacité à long terme est incertaine et n'a été évaluée que dans une seule étude, sans montrer de bénéfice prolongé dans le temps. Cependant, l'hypnothérapie apparaît être une intervention sûre et pourrait donc être essayée chez les patients résistant au traitement médical standard.

D'autres essais contrôlés randomisés sont nécessaires, de bonne qualité méthodologique et proposant un suivi des patients à plus long terme. Selon les auteurs, il serait intéressant d'élargir la population des patients étudiés en considérant également les patients nouvellement diagnostiqués, les enfants et les adolescents. Il

serait également intéressant d'élargir les contrôles possibles, en comparant l'hypnothérapie à d'autres thérapeutiques alternatives et il serait pertinent d'évaluer l'intérêt de séances d'hypnothérapie de « rappel ».

L'hypnose dans la schizophrénie (Izquierdo de Santiago and Khan 2007)

Contexte :

De nombreux patients schizophrènes demeurent symptomatiques malgré l'utilisation des traitements standards. Des thérapies alternatives telles que l'hypnose pourraient être utiles en complément de ces traitements standard.

Objectifs :

Examiner l'utilisation de l'hypnose chez les patients atteints de schizophrénie ou de troubles schizophréniformes par rapport aux soins standards et à d'autres interventions.

Stratégie de recherche documentaire :

Le registre du groupe Cochrane sur la schizophrénie (octobre 2006) a été consulté, le groupe Cochrane du champ de la médecine complémentaire a été contacté afin d'obtenir des références supplémentaires (janvier 2003), des recherches manuelles dans les études incluses ou exclues ont été effectuées et les auteurs des essais pertinents ont été personnellement contactés.

Critères de sélection :

Tous les essais contrôlés randomisés ou en double aveugle comparant l'hypnose à d'autres traitements ou à des soins standards chez des patients atteints de schizophrénie ont été inclus.

Recueil et analyse des données :

La qualité des études incluses a été évaluée, et les données ont été extraites. Les données ont été exclues lorsque plus de 50 % des participants de n'importe quel groupe étaient perdus de vue. Pour les résultats binaires, un risque relatif à effets fixes (RR) et son intervalle de confiance (IC) à 95% associé ont été calculés.

Essais inclus et exclus :

Sur 39 études identifiées :

- 36 ont été exclues (35 n'étaient clairement pas pertinentes pour le sujet de la revue, et 1 ne s'intéressait pas à un critère de jugement évaluant l'effet thérapeutique mais aux processus d'apprentissage des patients atteints de schizophrénie bénéficiant d'hypnose).
- 3 ont été incluses

Description des études incluses

Essai	Intervention	Contrôle
(Glover 1980) N=15	Hypnose : 1 séance par semaine + traitement antipsychotique <i>Pendant 8 semaines</i>	-Relaxation : 1 séance par semaine (+ traitement antipsychotique) -Soins standards (traitement antipsychotique) <i>Pendant 8 semaines</i>
(Lancaster 1983) N=80	Hypnose : une séance unique de 90 minutes <i>Séance unique</i>	-Relaxation : une séance unique de 90 minutes -Contrôle : 1 séance unique de 90 minutes
(Ihalainen and Rosberg 1973) N=54	Hypnose : 2 séances par semaine + musique (Sibelius) <i>Pendant 4 semaines</i>	-Relaxation + musique (2 séances par semaine) -Musique de Sibelius (2 séances par semaine) <i>Pendant 4 semaines</i>

Résultats principaux :

Trois études ont été incluses (n total = 149).

Lorsque l'hypnose était utilisée en adjonction au traitement standard, aucune sortie d'étude prématurée n'a été observée au cours des semaines 1 à 8 ni dans le groupe hypnose ni dans le groupe contrôle (n = 70, 2 ECR, différence de risque de 0,00, IC₉₅ [-0,09 ; 0,09]). Les scores mesurant l'état mental n'étaient pas statistiquement significativement différents dans les 2 groupes (n = 60, 1 ECR, score BPRS à une semaine de 36,2 dans le groupe hypnose et de 39,8 dans le groupe contrôle, différence de -3,6 non significative, IC₉₅ [-12,05 ; 4,8]). On n'observait pas non plus de différence statistiquement significative entre les groupes sur les troubles du mouvement ou la fonction neurocognitive.

Par rapport à la relaxation, il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans la fréquence des sorties d'études (n = 106, 3 ECR, 2 sorties d'études sur 63 patients dans le groupe hypnose versus 1/43 dans le groupe relaxation, RR d'arrêt prématuré de 2,00, IC₉₅ [0,2 ; 20,15]). Il n'y avait pas non plus de différence statistiquement significative sur la mesure de l'état mental (n = 60, 1 ECR, score BPRS à une semaine de 36,2 dans le groupe hypnose, versus 39,5 dans le groupe relaxation, différence de -3,4 non significative IC₉₅ [-11,4 ; 4,6]), ni sur les troubles du mouvement ou la fonction neurocognitive.

En adjonction à la musique (Sibelius), , il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans la fréquence des sorties d'études (n = 36, 1 ECR, 2 sorties d'études sur 18 patients dans le groupe hypnose + musique versus 0/18 dans le groupe musique seule, RR d'arrêt prématuré de 5,0, IC₉₅ [0,3 et 97,4]).

Conclusions des auteurs :

Les études dans ce domaine sont rares, de petite taille, mal documentées et dépassées. L'hypnose pourrait être utile chez les patients schizophrènes. Pour confirmer cela, des études randomisées mieux planifiées, réalisées et documentées sont nécessaires. La présente mise à jour n'a identifié aucune nouvelle étude dans ce domaine depuis 2003.

Les psychothérapies pour le traitement du syndrome de stress post traumatique chez l'adulte **(Bisson, Roberts et al.)**

Nous présentons ci-dessous le résumé de cette revue en détaillant plus avant la description des études incluses évaluant l'EMDR (soit 16 études sur 70 dans cette revue).

Contexte :

Les syndromes de stress post-traumatique (SSPT) sont souvent pris en charge à l'aide de thérapies psychologiques. Des versions antérieures de cette revue (2005 et 2007) ainsi que d'autres méta-analyses ont montré leur efficacité, en observant une supériorité des thérapies centrées sur le traumatisme par rapport aux autres.

Objectifs :

Évaluer l'efficacité des thérapies psychologiques dans le traitement d'adultes souffrant de SSPT.

Stratégie de recherche :

Pour cette mise à jour, des recherches ont été effectuées dans le registre spécialisé du groupe Cochrane sur la dépression, l'anxiété et la névrose (CCDANCTR) jusqu'au 12 Avril 2013. Le CCDANCTR inclut des essais contrôlés randomisés pertinents issus des bases de données bibliographiques suivantes : CENTRAL (le Registre Cochrane des essais contrôlés) (toutes les années), EMBASE (1974 -), MEDLINE (1950 -) et PsycINFO (1967 -). De plus, des recherches ont été réalisées manuellement dans le Journal of Traumatic Stress, les listes bibliographiques des études incluses ont été consultées et des recherches de citations d'articles identifiés ont été effectuées.

Critères de sélection :

Tous les essais contrôlés randomisés évaluant la thérapie cognitivo comportementale individuelle centrée sur le traumatisme (TFCBT) ou non (non-TFCBT), la désensibilisation et retraitement par mouvements oculaires (EMDR), d'autres types de thérapie (de soutien, non directive, psychodynamique, centrée sur l'ici et maintenant), les thérapies de groupe (TFCBT et non -TFCBT) et les comparant à une autre thérapie ou un groupe liste d'attente ou un groupe traitement usuel ont été inclus. Le critère de jugement principal était la sévérité –évaluée par un clinicien- des symptômes de SSPT.

Recueil des données et analyse :

Les données ont été extraites et analysées à l'aide du logiciel Review Manager 5. Les auteurs ont été contacté au besoin afin d'obtenir les données manquantes. Deux auteurs de la revue ont évalué de manière indépendante les risques de biais. Les données ont été regroupées lorsque cela était approprié et analysées.

Essais inclus et exclus :

Parmi les 129 essais identifiés :

- 59 ont été exclus (car ne respectaient pas la totalité des critères d'inclusion : absence de diagnostic formel de SSPT, >70% des participants remplissant les critères diagnostics, durée de suivi < 3 mois, mineurs etc...), dont 2 évaluaient l'EMDR
- 70 ont été inclus, dont 15 évaluaient l'EMDR

Description des études incluses évaluant l'EMDR

Essai	Intervention	Contrôle
(Carlson, Chemtob et al. 1998) 3 bras N=35	12 sessions bi hebdomadaires d'EMDR d'une durée de 60 à 75 minutes	-relaxation avec biofeedback (12 séances de 40 minutes) -traitement standard
(Deville, Spence et al. 1998) 3 bras N=51	12 séances d'EMDR	-relaxation avec biofeedback -traitement standard
(Deville and Spence 1999) 2 bras N=32	8 séances d'EMDR	9 séances de TFCBT (thérapie cognitivo comportementale centrée sur le traumatisme)
(Hogberg, Pagani et al. 2007) 2 bras N=24	5 séances d'EMDR	Liste d'attente
(Ironson, Freund et al. 2002) 2 bras N=22	3 séances préparatoires suivies de 1 à 3 séances d'EMDR	Programme thérapeutique d'exposition prolongée
(Jensen 1994) 2 bras N=29	3 séances d'EMDR en 10 jours	Prise en charge habituelle
(Lee, Gavriel et al. 2002) 2 bras N=24	EMDR	7 séances d'exposition prolongée de 90 minutes
(Marcus SV. 2004) 2 bras N=67	EMDR (nombre variable de séances de 50 minutes)	Prise en charge habituelle
(Nijdam, Gersons et al.) 2 bras N=140	EMDR	Psychothérapie brève
(Power, McGoldrick et al. 2002) 3 bras N=105	EMDR (10 séances hebdomadaires de 90 minutes)	-Exposition + restructuration cognitive -Liste d'attente
(Rothbaum 1997) 2 bras N=21	EMDR (3 séances hebdomadaires de 90 minutes)	Liste d'attente
(Rothbaum, Astin et al. 2005) 3 bras N=74	EMDR (9 séances de 90 minutes)	-9 séances d'exposition prolongée de 90 minutes -liste d'attente
(Scheck, Schaeffer et al. 1998) 2 bras N=60	EMDR (2 séances, en général hebdomadaires)	Ecoute active
(Taylor, Thordarson et al. 2003) 3 bras	EMDR (8 séances de 90 minutes)	-relaxation (8 séances de 90 minutes) -thérapie d'exposition (8 séances de 90 minutes)

N=60		minutes)
(Vaughan, Armstrong et al. 1994) 3 bras N=36	EMDR (3 à 5 séances de 50 minutes)	-thérapie d'habituatation –exposition prolongée- (3 à 5 séances de 50 minutes) -relaxation musculaire appliquée (3 à 5 séances de 50 minutes)

Résultats principaux :

70 études avec un total de 4761 participants ont été incluses dans la revue (dont 15 études évaluant l'EMDR, N=780). Le critère de jugement principal était la diminution de la sévérité des symptômes du SSPT, en utilisant une mesure standardisée évaluée par un clinicien. Pour ce critère de jugement, les thérapies de type TFCBT individuelle et EMDR étaient plus efficaces que le traitement habituel ou la liste d'attente (SMD : -1,62 ; IV 95% [-2,03 ; -1,21] ; 28 études, n=1256 pour la TFCBT et SMD =-1,17 IC95% [-2,04 ; -0,30] ; 6 études, n=183 pour l'EMDR). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la TFCBT individuelle, l'EMDR et la prise en charge du stress (« stress management ») immédiatement après le traitement, mais cependant les analyses ont montré d'une part une supériorité de la TFCBT individuelle et de l'EMDR sur la non-TFCBT pendant le suivi et d'autre part une supériorité de ces 3 types de thérapies (TFCBT, non-TFCBT, EMDR) sur l'ensemble des autres thérapies.

De nombreuses études présentaient des risques de biais élevés ou incertains, et il y avait une hétérogénéité très importante entre les études, qui est restée inexpliquée. Les données de cette revue doivent donc être interprétées avec prudence.

Concernant l'EMDR :

Versus traitement standard ou liste d'attente, les participants du groupe EMDR présentaient une amélioration statistiquement significative de leurs symptômes immédiatement après le traitement (6 essais, n=183).

Versus thérapie cognitivo comportementale centrée sur le traumatisme (TFCBT), il n'y avait pas de différence significative observée (7 essais, n=327).

Versus un autre type de psychothérapie, il n'y avait pas de différence significative observée (2 essais, n=53).

Versus traitement standard ou liste d'attente, il n'y avait pas de différence dans le pourcentage de sorties d'étude (7 essais, n=227).

Versus thérapie cognitivo comportementale centrée sur le traumatisme, il n'y avait pas de différence dans le pourcentage de sorties d'étude (8 essais, n=400).

Versus un autre type de psychothérapie, il n'y avait pas de différence dans le pourcentage de sorties d'étude (3 essais, n=84).

Résumé des risques de biais (études évaluant l'EMDR)

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)
Carlson 1998			⊖	⊕		⊖	⊖
Deville 1998			⊖	⊕	⊕	⊖	⊕
Deville 1999	⊖		⊖	⊕	⊖	⊖	
Hogberg 2007	⊕		⊖	⊕	⊖	⊖	⊕
Ironson 2002			⊕	⊕	⊖	⊖	⊖
Jensen 1994			⊖	⊕	⊖	⊖	
Lee 2002			⊕	⊕	⊖	⊖	⊕
Marcus 1997				⊕	⊖	⊖	⊖
Nijdam 2012		⊕	⊕	⊕	⊕	⊖	⊕
Power 2002	⊕	⊕	⊖	⊕	⊕	⊖	⊕
Rothbaum 1997			⊖	⊕		⊖	⊕
Rothbaum 2005			⊖	⊕	⊕	⊖	⊕
Scheck 1998	⊕	⊕	⊖	⊕	⊖	⊖	
Taylor 2003			⊕		⊕	⊖	⊕
Vaughan 1994			⊕	⊕	⊕	⊖	

Conclusions des auteurs :

Les données pour chaque analyse comparative réalisée dans cette revue ont été évaluées comme étant de mauvaise qualité, ce qui nécessite d'interpréter les résultats obtenus avec prudence. Elles ont permis de montrer que les thérapies de type TFCBT individuelle et EMDR étaient plus efficaces que le traitement habituel ou la liste d'attente pour réduire les symptômes du SSPT. Les thérapies de types TFCBT, non-TFCBT et EMDR semblaient équivalentes immédiatement après le traitement, mais les thérapies de types TFCBT et EMDR étaient supérieures 1 à 4 mois après le traitement sur les thérapies de type non-TFCBT. Les thérapies de types TFCBT, non-TFCBT et EMDR sont plus efficaces que les autres types de thérapies. Les groupes de traitement actif présentaient un taux de dropout plus important. Bien qu'un nombre important d'essais aient été incluses dans la revue, les conclusions sont compromises par des enjeux méthodologiques évidents dans bon nombre de ces essais. Les effectifs étaient petits, et les études manquaient de puissance dans de nombreux cas. Par ailleurs, les données de suivi étaient limitées, ce qui restreint également les conclusions quant à l'effet à long terme des traitements psychologiques sur le SSPT.

Les psychothérapies pour le traitement du syndrome de stress post traumatique chez l'enfant et l'adolescent (Gillies, Taylor et al.)

Nous présentons ci-dessous le résumé de cette revue en détaillant plus avant la description des études incluses évaluant l'EMDR (soit 2 études sur 14 dans cette revue).

Contexte :

Les syndromes de stress post-traumatique (SSPT) sont très fréquents chez les enfants et les adolescents ayant subi des traumatismes, et les coûts personnels et médicaux associés sont élevés. Bien qu'un large éventail de thérapies psychologiques ait été utilisé dans le traitement de SSPT, il n'existe aucune revue systématique de ces thérapies réalisées chez des enfants et des adolescents.

Objectifs :

Examiner l'efficacité des thérapies psychologiques dans le traitement d'enfants et d'adolescents chez lesquels des SSPT ont été diagnostiqués.

Stratégie de recherche :

Des recherches ont été effectuées dans le registre spécialisé du groupe Cochrane sur la dépression, l'anxiété et la névrose (CCDANCTR) jusqu'à décembre 2011. Le CCDANCTR inclut des essais contrôlés randomisés pertinents issus des bases de données bibliographiques suivantes : CENTRAL (le Registre Cochrane des essais contrôlé) (toutes les années), EMBASE (1974 -), MEDLINE (1950 -) et PsycINFO (1967 -). Les listes bibliographiques des études et des revues pertinentes ont également été consultées. Aucune restriction de date ni de langue n'a été appliquée.

Critères de sélection :

Tous les essais contrôlés randomisés comparant des thérapies psychologiques à un groupe témoin, une thérapie pharmacologique ou d'autres traitements administrés à des enfants et des adolescents chez lesquels un SSPT a été diagnostiqué.

Recueil des données et analyse :

Deux membres du groupe de la revue ont indépendamment extrait les données. Tout différent était résolu par consensus ou en faisant appel à l'équipe de la revue.

Des odds ratio (OR) ont été calculés pour les critères de jugement évalués avec une mesure binaire, la différence moyenne standardisée (DMS) pour les critères de jugement avec une mesure continue et les intervalles de confiance (IC) à 95% pour les deux à l'aide d'un modèle à effets fixes. En cas d'hétérogénéité, nous avons utilisé un modèle à effets aléatoires.

Essais inclus et exclus :

Parmi les 18 essais identifiés :

- 14 essais ont été inclus, dont 2 portaient sur une évaluation de l'EMDR (cf. caractéristiques dans le tableau ci-dessous).

- 4 essais exclus, dont aucun n'évaluait l'EMDR.

Par ailleurs, il faut mentionner que les auteurs ont recensé 52 études portant sur l'évaluation des psychothérapies pour la prévention du SSPT chez l'enfant et l'adolescent. Ces études n'ont pas été incluses

dans la revue (la différence majeure est que les critères d'inclusion dans ces études étaient l'exposition à un traumatisme et non le diagnostic de PTSD). Parmi ces 52 études, 4 évaluaient l'EMDR. Elles ne seront donc pas présentées ici.

Description des études incluses évaluant l'EMDR

Essai	Intervention	Contrôle
(Ahmad, Larsson et al. 2007) N=33 2 bras	EMDR : 8 séances hebdomadaires d'une durée allant jusqu'à 45 minutes. Sans la présence du responsable de l'enfant (sauf si exigé autrement). Les mouvements oculaires étaient remplacés par des tapotements en cas de besoin. 2 thérapeutes participaient à l'étude et l'enfant était randomisé dans un des 2 sous-groupes. 5,9 séances ont été suivies en moyenne	Liste d'attente (2 mois avant le traitement)
(Chemtob, Nakashima et al. 2002) N=32 2 bras	EMDR : 1 séance diagnostique suivie de 3 séances hebdomadaires. Le traitement englobait la prise en compte des pires souvenirs, les déclencheurs actuels et les événements futurs. Pendant les séances, il était demandé aux patients de suivre visuellement les mouvements de la main du thérapeute tout en se concentrant sur les souvenirs associés au traumatisme, les pensées et les ressentis. 4 thérapeutes ont participé à l'étude, avec plus de 10 ans d'expérience auprès des enfants. Ils avaient tous reçu 16 h de formation à l'EMDR et ont tous bénéficié d'un minimum de 4 séances de supervision ainsi que de réunions hebdomadaires pour passer en revue la validité et la fidélité de la prise en charge.	Liste d'attente

Résultats principaux :

Quatorze essais incluant 758 patients ont été inclus dans cette revue. Les types de participants traumatisés avaient notamment été exposés à des abus sexuels, des violences civiles, des catastrophes naturelles, des violences domestiques et des accidents impliquant un véhicule motorisé. La majorité des participants étaient des patients suivis par un service d'aide.

Les thérapies psychologiques utilisées dans ces études étaient la thérapie comportementale cognitive (TCC), la thérapie par exposition, la thérapie psychodynamique, la thérapie narrative, la thérapie de soutien, ainsi que la désensibilisation et retraitement par mouvements oculaires (EMDR). La plupart des essais comparaient une thérapie psychologique à un groupe témoin. Aucune étude n'a comparé des thérapies psychologiques à des thérapies pharmacologiques seules ou en tant que thérapie adjuvante à une thérapie psychologique.

Dans l'ensemble des thérapies psychologiques, des améliorations significatives (trois études, $n = 80$, OR 4,21, IC à 95 % 1,12 à 15,85) et une diminution manifeste des symptômes de SSPT (sept études, $n = 271$, DMS - 0,90, IC à 95 % - 1,24 à - 0,42), de l'anxiété (trois études, $n = 91$, DMS - 0,57, IC à 95 % - 1,00 à - 0,13) et de la dépression (cinq études, $n = 156$, DMS - 0,74, IC à 95 % - 1,11 à - 0,36) ont été constatées au bout d'un mois de thérapie psychologique par rapport à un groupe témoin.

La TCC était la thérapie psychologique dont les preuves d'efficacité étaient les plus probantes. Les améliorations étaient significatives jusqu'à un an après le traitement (au bout d'un mois : deux études, $n = 49$, OR 8,64, IC à 95 % 2,01 à 37,14 ; au bout d'un an : une étude, $n = 25$, OR 8,00, IC à 95 % 1,21 à 52,69). Les

scores des symptômes de SSPT avaient aussi sensiblement baissé au bout d'un an (au bout d'un mois : trois études, n = 98, DMS - 1,34, IC à 95 % - 1,79 à - 0,89 ; au bout d'un an : une étude, n = 36, DMS - 0,73, IC à 95 % - 1,44 à - 0,01) et les scores de dépression avaient diminué au bout d'un mois (trois études, n = 98, DMS - 0,80, IC à 95 % - 1,47 à - 0,13) dans le groupe suivant une TCC par rapport à un groupe témoin. Aucun effet indésirable n'a été identifié.

Aucune étude n'a été considérée comme présentant des risques élevés de biais de sélection ou de détection, mais une minorité d'études ont été jugées comme présentant des risques élevés de biais d'attrition, de notification et autres. La plupart des études incluses étaient considérées comme présentant des risques incertains de biais de sélection, de détection et d'attrition.

Concernant l'EMDR :

Il n'y avait pas de différence significative entre les participants des groupes EMDR et contrôle sur l'évolution à court terme des scores globaux des symptômes de SSPT (2 études, n=65).

Une étude (n=33, (Ahmad, Larsson et al. 2007)) rapportait une diminution significative du sous-score des symptômes de reviviscence dans le groupe EMDR par rapport au groupe contrôle.

Il n'y avait pas de différence significative entre les participants des groupes EMDR et contrôle sur l'évolution à court terme des scores d'anxiété ou de dépression (n=32, 1 étude (Chemtob, Nakashima et al. 2002)).

Il n'y avait pas de différence significative entre les participants des groupes EMDR et contrôle sur le pourcentage de sorties d'étude (n=33, 1 étude (Ahmad, Larsson et al. 2007)).

Résumé des risques de biais (études évaluant l'EMDR)

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding (performance bias and detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Ahmad 2007			+	+	+	
Chemtob 2002			+		+	+

Conclusions des auteurs :

Il existe des preuves concernant l'efficacité des thérapies psychologiques, plus particulièrement des TCC, dans le traitement du SSPT chez les enfants et les adolescents au bout d'un mois de traitement. À ce stade, il n'existe aucune preuve probante concernant l'efficacité d'une thérapie psychologique par rapport aux autres. Aussi, il n'existe pas suffisamment de preuves permettant de conclure que les enfants et les adolescents

souffrant de types de traumatismes particuliers sont plus ou moins susceptibles d'être réceptifs à certains types de thérapies psychologiques par rapport à d'autres.

Les résultats de cette revue sont limités par d'éventuels biais méthodologiques, ainsi que par le nombre réduit et la taille généralement limitée des études identifiées. De plus, il existait des preuves concernant une hétérogénéité substantielle dans certaines analyses qui ne pouvait être expliquée par les analyses en sous-groupes ou de sensibilité.

Davantage de preuves sont requises concernant l'efficacité de l'ensemble des thérapies psychologiques après plus d'un mois de traitement. Encore plus de preuves sont requises pour démontrer l'efficacité relative des différentes thérapies psychologiques ou leur efficacité par rapport à d'autres traitements. Les essais futurs devront contenir des informations complémentaires concernant les types de traumatismes antérieurs au diagnostic de SSPT et indiquer si ces traumatismes sont des événements isolés ou en cours. De futures études devront également identifier les mesures les plus valides et fiables des symptômes de SSPT et s'assurer que tous les scores, les scores totaux et les sous-scores, sont systématiquement rapportés.

Nous ajoutons qu'au vu du faible nombre d'essais évaluant l'EMDR pour la prise en charge du SSPT chez les enfants et les adolescents, les données actuelles ne permettent pas de conclure à l'efficacité spécifique de l'EMDR dans cette indication pour cette population.

L'hypnothérapie pour le sevrage tabagique (Barnes, Dong et al.)

Contexte :

L'hypnothérapie est une méthode d'aide au sevrage tabagique largement diffusée. Elle est proposée comme moyen d'action sur les impulsions sous-jacentes afin de diminuer l'envie de fumer ou de renforcer la volonté d'arrêter.

Objectifs :

Évaluer l'efficacité de l'hypnothérapie pour le sevrage tabagique.

Stratégie de recherche :

Les études incluant les termes « smoking cessation » et « hypnotherapy » ou « hypnosis » ont été recherchées dans le registre spécialisé du groupe Cochrane sur le tabagisme et dans les bases de données MEDLINE, EMBASE, AMED, SCI et SSCI. Les recherches les plus récentes ont été effectuées en juillet 2010. Il n'y avait aucune restriction concernant la langue.

Critères de sélection :

Tout essai contrôlé randomisé sur l'hypnothérapie, qui rendait compte des taux de sevrage tabagique six mois au moins après le début du traitement, a été pris en considération.

Recueil des données et analyse :

Trois auteurs ont extrait indépendamment les données sur les caractéristiques des participants, le type et la durée de l'hypnothérapie, la nature du groupe de contrôle, la consommation de tabac, la méthode de randomisation et l'exhaustivité du suivi. Ils ont également évalué de manière indépendante la qualité des études incluses.

Le principal critère de jugement était l'arrêt du tabac après un suivi d'au moins six mois, avec utilisation de la définition la plus rigoureuse de l'abstinence dans chaque essai (incluant une validation biochimique lorsque ces données étaient disponibles). Ceux dont on avait perdu le suivi étaient considérés comme encore fumeurs. Les effets ont été résumés au moyen des risques relatifs (RR). Lorsque c'était possible, une méta-analyse au moyen d'un modèle à effet fixe a été réalisée. Tout effet indésirable signalé a été rapporté.

Essais inclus et exclus :

Sur 36 études identifiées :

- 25 ont été exclues (8 présentaient un suivi d'une durée inférieure à 6 mois, 4 n'étaient pas randomisées, 9 n'avaient pas de groupe contrôle sans hypnothérapie, 1 avait un groupe contrôle qui bénéficiant de l'intervention dès 12 semaines après la randomisation, 1 était en fait une méta-analyse, une autre une étude descriptive et une dernière une étude transversale non contrôlée.
- 11 ont été incluses

Description des études incluses

Essai	Intervention	Contrôle
(Barkley, Hastings et al. 1977) N=36 3 bras	Hypnose : 7 séances d'1 heure en groupe, étalées sur 2 semaines. Les 15 premières et dernières minutes étaient consacrées à une discussion sur les difficultés rencontrées pour arrêter de fumer.	- Technique de stimulus aversifs par accélération des bouffées - Groupe « attention placebo » (visionnage de films, remise de documents, discussions) Pour ces 2 groupes, les mêmes modalités d'organisation étaient respectées (7 séances d'1 heure en groupe, étalées sur 2 semaines. Les 15 premières et dernières minutes étaient consacrées à une discussion sur les difficultés rencontrées pour arrêter de fumer)
(Carmody, Duncan et al. 2008) N=286 2 bras	Séances d'hypnose avec remise d'une cassette audio pour une pratique à domicile <i>2 sessions de 60 minutes puis 3 fois 20 minutes de suivi téléphonique (semaines 3, 4 et 6) + 2 mois de patch nicotiques (14 ou 21 mg)</i>	Counseling (basé sur le modèle des étapes du changement) <i>2 sessions de 60 minutes puis 3 fois 20 minutes de suivi téléphonique (semaines 3, 4 et 6) + 2 mois de patch nicotiques (14 ou 21 mg)</i>
(Elkins, Marcus et al. 2006) N=20 2 bras	Hypnothérapie intensive : 8 sessions d'1 heure + cassette audio pour une pratique à domicile <i>Remise de documents, appels téléphoniques de soutien de 5-10 minutes les semaines 2, 4 et 5.</i>	Liste d'attente <i>Remise de documents, appels téléphoniques de soutien de 5-10 minutes les semaines 2, 4 et 5.</i>
Fee 1977 N= 232 4 bras	Hypnose (individuelle)	- Thérapie aversive - Fenfluramine - Placebo
(Hyman, Stanley et al. 1986) N=60 4 bras	Hypnose : séances individuelles d'1heure, 1 fois par semaine pendant 4 semaines.	- « focused smoking » - Groupe « attention placebo » - Liste d'attente <i>Pour les 2 premiers groupes, séances individuelles d'1heure, 1 fois par semaine pendant 4 semaines.</i>
(Lambe, Osier et al. 1986) N=180 2 bras	Hypnose : 2 sessions de 40 minutes à 2 semaines d'intervalle. Instructions pour la pratique de l'auto hypnose <i>3 appels téléphoniques dans les 4 premiers mois pour encourager les</i>	Conseils : lettre des médecins recommandant l'arrêt du tabac, remise d'un livret. <i>3 appels téléphoniques dans les 4 premiers mois pour encourager les patients</i>

	<i>patients</i>	
(Pederson, Scrimgeour et al. 1975) N=48 3 bras	Hypnose et counseling : en plus du counseling, 1 session d'hypnose en groupe de 90 minutes	- Counseling : 6 séances hebdomadaires en groupe puis 6 séances mensuelles. - Liste d'attente
(Pederson, Scrimgeour et al. 1979) N=65 4 bras	- Hypnose en présentiel + counseling - Hypnose avec une vidéo + counseling - Hypnorelaxation (sans mentionner le tabagisme= + counseling La séance d'hypnose avait lieu lors de la 3^{ème} séance hebdomadaire.	Counseling seul 6 séances hebdomadaires suivies de 3 séances mensuelles
(Pederson, Scrimgeour et al. 1980) N=66 2 bras	Hypnose + stimulus aversifs par accélération du rythme des bouffées + counseling <i>6 séances hebdomadaires de counseling suivies de 3 séances mensuelles- hypnose à la 4^{ème} séance et accélération du rythme des bouffées à la 3^{ème}.</i>	stimulus aversifs par accélération du rythme des bouffées + counseling <i>6 séances hebdomadaires de counseling suivies de 3 séances mensuelles- accélération du rythme des bouffées à la 3^{ème}.</i>
(Rabkin, Boyko et al. 1984) N=168 4 bras	Hypnose : 1 séance individuelle de 30 minutes + suggestion d'auto hypnose toutes les heures/heures et demie les semaines suivantes	- Changement de comportement : 5 rencontres le soir (45 – 90 minutes) sur une période de 3 semaines avec des discussions de groupe + agenda journalier de la consommation tabagique à tenir - Education pour la santé : 1 séance avec remise de documents + écriture des motivations + rencontre individuelle 1 semaine après environ. - Liste d'attente
(Williams and Hall 1988) N=60 3 bras	Hypnose : 1 séance unique en groupe de 2,5 heures (décomposée en 2 périodes d'hypnose de 45 minutes, 45 minutes de discussion et des suggestions post hypnotiques)	- Placebo : discussion de groupe de 2,5 heures sur les raisons de fumer et les tentatives d'arrêt - Liste d'attente

Résultats principaux :

Onze études avaient comparé l'hypnothérapie avec 18 interventions de contrôle différentes. Il y avait une hétérogénéité significative entre les résultats des différentes études, avec des résultats contradictoires concernant l'efficacité de l'hypnothérapie comparée à celles de l'absence de traitement, du conseil ou du traitement psychologique. Il n'a pas été réalisé de calcul des risques relatifs regroupés pour estimer l'effet global de l'hypnothérapie. Il n'y avait pas de preuve d'un plus grand effet de l'hypnothérapie par rapport à l'accélération du rythme des bouffées (une technique de stimulus aversifs utilisée dans le sevrage tabagique) ou par rapport à un traitement psychologique. Les comparaisons directes de l'hypnothérapie avec les traitements de sevrage considérés comme efficaces avaient des intervalles de confiance trop larges pour en déduire une équivalence.

Résumé des risques de biais selon (Barnes, Dong et al.)

	Adequate sequence generation	Allocation concealment (selection bias)	Blinding (all outcomes)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Verification of smoking cessation?	Free of extreme baseline imbalance?
Barkley 1977				+	+	-	
Carmody 2008	+	+	+	+	+	+	+
Elkins 2006				-	+	+	
Fee 1977				+	+	-	
Hyman 1986			-	+	+	-	+
Lambe 1986				+	+	-	-
Pederson 1975					+	-	+
Pederson 1979					+	-	+
Pederson 1980					+	-	+
Rabkin 1984				+	+	-	+
Williams 1998				+	+	-	

Conclusions des auteurs :

Il n'a pas été montré que l'hypnothérapie avait un effet plus important que d'autres interventions ou que l'absence de traitement sur le taux de sevrage à six mois. Il n'y a pas suffisamment de preuves pour savoir si

l'hypnothérapie peut être aussi efficace que le counseling. Les effets de l'hypnothérapie sur le sevrage tabagique proclamés par des études non contrôlées n'ont pas été confirmés par l'analyse d'essais contrôlés randomisés.

L'hypnose pour les soins dentaires pédiatriques (Al-Harasi, Ashley et al.)

Contexte

Gérer les enfants est un défi auquel des nombreux dentistes se retrouvent confrontés. De nombreuses techniques non-pharmacologiques ont été développées pour gérer l'anxiété et les problèmes de comportement chez les enfants, comme par exemple la technique dite du « tell, show & do », le renforcement positif, la modélisation et l'hypnose. L'utilisation de l'hypnose est généralement négligée, d'où la nécessité de cette revue.

Objectifs

Cette revue systématique a essayé de répondre à la question suivante : Quelle est l'efficacité de l'hypnose (avec ou sans sédation) pour la gestion du comportement des enfants qui reçoivent des soins dentaires pour pouvoir compléter avec succès le traitement ?
Hypothèse nulle : L'hypnose n'a aucun effet sur le résultat des traitements dentaires des enfants.

Stratégie de recherche

Des recherches dans le registre des essais du groupe Cochrane sur la santé bucco-dentaire ont été effectuées ainsi que sur CENTRAL, MEDLINE (OVID), EMBASE (OVID) et PsycINFO. Des recherches électroniques et manuelles ont été réalisées à l'aide d'un vocabulaire contrôlé et de termes textuels libres sans restriction linguistique. Date de la dernière recherche : 11 juin 2010.

Critères de sélection

Tous les enfants et les adolescents âgés de 16 ans maximum. Les enfants ayant un traitement dentaire, tel qu'une restauration dentaire simple avec ou sans anesthésie locale, des extractions simples ou la gestion d'un traumatisme dentaire.

Recueil des données et analyse

Deux auteurs ont extrait indépendamment les informations concernant les méthodes, les participants, les interventions et les critères de jugement. Les auteurs des essais ont été contactés pour obtenir des informations sur la randomisation et les retraits d'étude, et une évaluation de la qualité a été effectuée. La qualité méthodologique des essais contrôlés randomisés a été évaluée à l'aide des critères décrits dans le manuel intitulé Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 5.0.2.

Essais inclus et exclus

Sur 5 études identifiées :

- 2 ont été exclues (1 intervention ne correspondant pas aux critères d'inclusion, 1 étude dont seul le résumé était disponible et pour laquelle les auteurs n'ont pas réussi à obtenir les données).
- 3 ont été incluses

Essai	Intervention	Contrôle
Braitwaite 2005 (données non publiées) N=10 Essai croisé	Hypnose + oxygène au masque (script d'hypnorelaxation avec induction, approfondissement, visualisation d'un lieu spécial, réveil)	Sédation par oxygène + monoxyde d'azote + script de gestion du comportement
(Gokli, Wood et al. 1994) N=29 Essai croisé	Anesthésie locale + hypnose (techniques de respiration, relaxation, visualisation, suggestions avec individualisation de l'accompagnement).	Anesthésie locale seule
(Trakyali, Sayinsu et al. 2008) N=30	20 minutes d'hypnose à chaque visite chez l'orthodontiste par un hypnothérapeute (techniques de respiration, relaxation, visualisation, suggestions d'acceptation de l'appareil dentaire et de coopération).	15 minutes de conversation motivationnelle avec leur orthodontiste à chaque visite

Résultats principaux

La qualité des études est résumée dans la figure suivante.

Résumé des risques de biais selon (Al-Harasi, Ashley et al.)

	Adequate sequence generation?	Blinding? All outcomes	Incomplete outcome data addressed? All outcomes	Intention to treat analysis?
Braithwaite 2005			+	-
Gokli 1994	+	+	+	-
Trakyali 2008	+	-	+	-

Seuls trois essais contrôlés randomisés (totalisant 69 participants) répondaient aux critères d'inclusion. L'analyse statistique et la méta-analyse se sont révélées impossibles en raison du nombre insuffisant d'études.

Les études de Braithwaite 2005 et de Gokli 1994 ont montré des effets bénéfiques de l'hypnose pour la gestion du comportement de l'enfant au moment de l'administration de l'anesthésie locale (avec dans le groupe hypnose une diminution des comportements indésirables tels que pleurs, mouvements de la main, des jambes, résistance physique—Golki- ou une diminution des mouvements et des comportements négatifs—Braithwaite-), mais ces effets n'étaient pas retrouvés au moment de l'extraction dentaire (Braithwaite 2005). Dans l'étude de Gokli, le seul comportement pour lequel une différence statistiquement significative a été observé était les pleurs, diminués dans le groupe hypnose lors de l'administration de l'anesthésie locale (17% dans le groupe hypnose versus 41% dans le groupe contrôle ; $p=0,02$). Par ailleurs, la fréquence cardiaque était réduite de manière significative dans le groupe hypnose ($p=0,005$).

L'étude de Trakyalı 2008 a montré une tendance à l'amélioration de la coopération des patients du groupe hypnose par rapport au groupe contrôle lors d'une prise en charge orthodontique (différence significative du temps de port du casque orthodontique entre les groupes lors des 3^{ème} et 5^{ème} mois de traitement, mais non significative les autres mois).

Aucune de ces études n'a rapporté d'effets secondaires de l'hypnose.

Conclusions des auteurs

Bien qu'il existe un nombre considérable d'anecdotes spécifiant les avantages de l'utilisation de l'hypnose dans les soins dentaires pédiatriques, en se basant sur les trois études répondant aux critères d'inclusion pour cette revue, il n'y a pas suffisamment de preuves permettant de suggérer des effets bénéfiques.

Rapport sur le document : « Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose »

Élisabeth Fournier-Charrière

Pédiatre spécialiste de la douleur

PH au CHU Bicêtre (GH-Sud, AP-HP)

L'hypnose médicale est une thérapeutique en plein essor, sous l'impulsion essentiellement de son créateur, Milton Erickson. Cette méthode thérapeutique doit être bien distinguée d'autres formes d'hypnose comme l'hypnose de spectacle, qui amuse ou inquiète, également de l'hypnose avec emprise, susceptible des pires dérives, ou encore des transes chamaniques traditionnelles dans certains pays. L'hypnose médicale est une pratique thérapeutique dont la réputation augmente dans les pays développés, où elle est officialisée, reconnue par les instances, tout en étant parée d'une aura d'effet miraculeux, et ce dans le contexte où les techniques complémentaires sont de mieux en mieux acceptées et recherchées dans notre société aujourd'hui. Avant de la recommander, il est donc nécessaire de rechercher les preuves de son efficacité et de son innocuité.

Situation de problème

L'hypnose fait partie des thérapeutiques dites complémentaires ou alternatives, ou en tout cas non conventionnelles. Elle fait figure de recours soit quand les traitements validés et recommandés de la médecine moderne dite scientifique échouent ou font défaut, soit en complément de celles-ci. Le savoir académique transmis à l'université s'intéresse à l'hypnose, et les connaissances sont transmises aux futurs thérapeutes via bien sûr des instituts privés organisés par des experts, mais aussi par l'université (nombreux DU en France).

Les thérapeutes d'hypnose exercent en privé, mais aussi dans les hôpitaux y compris universitaires, en particulier dans les centres de prise en charge de la douleur chronique, et dans tous les lieux où douleur physique et/ ou anxiété sont primordiaux à gérer : lors des soins douloureux et/ou anxiogènes, en péri-opératoire, en dentisterie, en péri-natal et péri IVG, en fin de vie, et en psychiatrie.

Pour les thérapeutes ayant un métier soignant officiel, cette méthode thérapeutique vient alors en complément de leur formation initiale de médecin, ou psychologue, ou dentiste ou psychomotricien, ou infirmier, un peu comme un outil supplémentaire à utiliser dans les bonnes indications.

Une autre méthode complémentaire assez proche, L'EMDR, est plus confidentielle ; elle est connue et utilisée essentiellement par les psychothérapeutes pour traiter le syndrome de stress post-traumatique.

Pour le médecin habitué à la médecine moderne, plusieurs caractéristiques de l'hypnose questionnent la pensée rationnelle.

- La médecine scientifique actuelle utilise des traitements qui le plus souvent ont des modes d'action connus ou au moins étudiés, des mécanismes qui se comprennent par la physiologie du corps humain et la physiopathologie des maladies. Concernant l'hypnose, les connaissances sur le mode d'action sont balbutiantes, même si les neurosciences montrent clairement l'activation de certains réseaux neuronaux sous hypnose, et l'impact de l'hypnose sur le fonctionnement des circuits impliqués dans la perception de la douleur. Dans ces conditions nous ne pouvons étudier que les résultats de cette méthode thérapeutique, l'impact sur la neurophysiologie restant encore peu accessible aux mesures courantes.
- Le pré requis constant souligné par les thérapeutes, et indispensable à l'efficacité de ces thérapeutiques, consiste en des caractéristiques psychologiques du patient dans sa relation avec le thérapeute : sa motivation, sa coopération et sa confiance, donc son attente, aspects qui habituellement en médecine sont corrélés aussi à l'effet placebo.
- Les thérapeutes d'hypnose ont élaboré une très large et impressionnante liste d'indications (cf p 22 du rapport) : troubles psychologiques et psychiatriques, ainsi que troubles psychosomatiques, douleurs aiguës et chroniques, et tous les symptômes ou syndromes qui reflètent des causes fréquentes de mal-être dans notre société : toutes ces situations semblent être une indication à ce traitement.

Ces aspects nous interrogent et justifient pleinement la démarche de ce rapport.

Méthodologie

Ce rapport fait une revue systématique aussi complète que possible des données disponibles sur l'efficacité et sur la sécurité de l'hypnose, ainsi que de l'EMDR, d'après les données de la science acquises et validées par une démarche de type EBM.

Les études disponibles et analysées dans le rapport sont finalement assez peu nombreuses et permettent de se forger une opinion sur le sujet. Leur qualité méthodologique est hétérogène mais il existe des études de bon standard méthodologique et des méta-analyses Cochrane.

La sélection des auteurs a été très stricte, n'incluant que les domaines où des méta-analyses de la collaboration Cochrane étaient disponibles et consacrées à ce topic de façon exclusive, ou des essais cliniques randomisés incluant au moins 100 patients. Dans ces conditions la validité scientifique d'efficacité n'a pu être étudiée ici que pour :

- La douleur et l'anxiété au cours de gestes chirurgicaux brefs, et de gestes radiologiques
- La douleur pendant le travail et l'accouchement
- La prévention de la dépression du post-partum
- Les bouffées de chaleur de la ménopause
- La réalisation des soins dentaires chez les enfants
- La prise en charge de la schizophrénie
- Le traitement de l'intestin irritable
- Le sevrage tabagique

Ainsi 6 revues Cochrane et 16 essais cliniques randomisés ont été analysés ici.

Les nombreuses autres utilisations de l'hypnose médicale, pour lesquelles les études disponibles même de bonne qualité, sont de faible effectif, ne sont donc pas analysées ici, en particulier l'hypno analgésie pour les soins algogènes et anxiogènes chez l'enfant, méthode pourtant largement utilisée en plein développement en pédiatrie.

Concernant l'EMDR, deux revues Cochrane sur le stress post-traumatique sont rapportées.

Enfin les experts du domaine ont été contactés, afin qu'ils apportent leur regard et éventuellement communiquent de la littérature non indexée dans PubMed.

Résultats

Efficacité de l'hypnose

Le bilan global de l'évaluation de l'efficacité de l'hypnose est modeste : les revues Cochrane et les essais dans les indications sélectionnées concluent souvent que les preuves de l'efficacité de l'hypnose sont insuffisantes. On peut affirmer aujourd'hui, compte-tenu des essais publiés, que l'hypnose est efficace ou probablement efficace :

- pour diminuer la consommation d'analgésiques ou de sédatifs au cours de gestes brefs de chirurgie (biopsie mammaire, IVG, soins dentaires...) ou de radiologie interventionnelle (domaine où les résultats sont les plus sûrs)
- pour diminuer les symptômes de l'intestin irritable et de la dyspepsie, pour réduire les bouffées de chaleur de la ménopause,
- et que l'EMDR et les TCC sont efficaces sur le syndrome de stress post-traumatique.

Pour les autres domaines étudiés, les preuves d'efficacité sont incertaines ou insuffisantes.

Limites méthodologiques

La plupart des essais publiés ont des limites méthodologiques. En effet les protocoles diffèrent par le nombre de séances, et la réalisation en groupe ou en individuel ; une des difficultés est l'application d'un protocole standardisé d'hypnose, car il est possible que l'hypnose personnalisée à chaque patient soit plus efficace. Une autre difficulté est l'accord du patient, nécessaire mais introduisant un biais par l'acceptation de cette thérapie complémentaire. A l'évidence, le choix de la méthode contrôle ou placebo est difficile. Enfin le problème de l'aveugle est difficile, le patient pouvant deviner plus ou moins de quelle thérapie il bénéficie : il est donc indispensable que au moins l'évaluation de l'effet soit réalisée par un professionnel aveugle au traitement reçu. Au niveau des résultats, l'analyse en intention de traiter manque souvent, et le choix des critères de jugement est crucial, avec nécessité d'évaluation quantitative mais aussi qualitative des symptômes.

Au terme de ces études, il semble difficile de dissocier les effets spécifiques des effets non spécifiques de l'hypnose. En effet, la mise en œuvre nécessaire des techniques d'aveugle est difficile à obtenir, et il n'est pas certain qu'aucun dispositif expérimental ne puisse jamais prendre en compte de manière complète les effets non spécifiques de la méthode. De tels effets (placebo, nocebo, suggestions...) sont liés aux attentes des patients, aux croyances des praticiens réalisant les soins, au contexte sociologique ainsi qu'à d'autres effets mal connus relevant de l'interaction soignant-patient. Les limites tiennent aussi à la sélection des patients dont les attentes sont

probablement fortes vis-à-vis de l'hypnose, ainsi qu'au positionnement des investigateurs vis-à-vis des techniques évaluées.

Sécurité : innocuité et éthique

Concernant la sécurité de l'hypnose, d'une manière générale, aucun effet indésirable n'a pu être imputé à l'hypnose dans les essais publiés ; la seule restriction concerne la schizophrénie, où l'hypnose pourrait être délétère pour certains. La pratique par un professionnel de santé peut être considérée comme sûre. De même aucun effet délétère n'est attribué à l'EMDR.

Cependant l'hypnose a pu être accusée de créer de faux souvenirs, en particulier de traumatisme ou d'abus sexuels subis dans l'enfance : la question du risque de manipulation soulève un problème éthique voire juridique (quelques cas de plaintes sont signalés). Actuellement aucune loi n'encadre cette pratique, mais une charte déontologique claire est proposée et encouragée par les associations, en particulier la CFHTB ; ainsi il est recommandé que le professionnel de santé, diplômé par ailleurs dans un domaine, ne considère l'hypnose que comme une thérapeutique complémentaire, en limitant son usage aux limites de compétences réglementées dans sa profession ; l'aspect scientifique et éthique de la pratique doit toujours être mis en avant, pour exclure des interprétations simplistes en particulier auprès du public et des médias.

Conclusion

En conclusion, le rapport sur « Evaluation de l'efficacité de l'hypnose » fait remarquablement le point sur la situation présente de l'évaluation de l'hypnose, et le résultat est relativement décevant pour le lecteur. Le hiatus entre les indications revendiquées par les hypnothérapeutes et les preuves scientifiques de l'efficacité de l'hypnose dans ces indications est souvent notable.

Du point de vue scientifique, les études présentées ici montrent l'efficacité de l'hypnose dans un certain nombre de situations, essentiellement pour la douleur et l'anxiété lors de gestes chirurgicaux brefs ou de radiologie interventionnelle, et pour les symptômes d'intestin irritable.

Cependant l'essai randomisé contrôlé, incontournable pour mesurer l'effet d'un médicament, peut-il s'appliquer à l'analyse des effets de l'hypnose ? Dans quelle mesure doit-on appliquer ce modèle à une méthode de soin développée selon un concept totalement différent de celui des traitements médicamenteux ? En effet, l'hypnose est une approche thérapeutique très fortement personnalisée (le praticien adapte sa prise en charge en fonction du patient qu'il a en face de lui). Dissocier l'effet propre de l'hypnose des effets directement liés à la relation patient-thérapeute restera difficile et

nécessite sans doute une méthodologie innovante. L'hypnose questionne donc la médecine scientifique.

Au terme de l'analyse de ce rapport, on regrette plus spécifiquement que l'hypnoanalgésie pour les soins anxiogènes et douloureux chez l'enfant, méthode de soin largement employée en pédiatrie, n'aie pas pu être analysée par les auteurs de ce rapport, faute d'études d'effectifs et de qualité suffisantes. En effet la méta-analyse récente de la Cochrane Collaboration (Uman LS et al. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2013;10:CD005179), a retrouvé 7 essais cliniques sur l'hypnose, incluant chacun entre 30 et 60 enfants pour un total d'environ 200 enfants inclus ; les auteurs ont conclu qu'il existe globalement des preuves solides de l'efficacité de la distraction et de l'hypnose pour la douleur et la détresse liée aux injections chez les enfants et les adolescents, avec un effect size plus important avec l'hypnose.

A l'évidence, de nouveaux essais, à la fois rigoureux et créatifs, sont donc indispensables.

Il est rassurant de constater que la sécurité de l'hypnose est bonne, à la condition qu'elle soit exercée par des thérapeutes possédant par ailleurs un diplôme de soignant de type diplôme d'état, et dans le cadre d'une éthique rigoureuse et exigeante, au mieux caractérisée par l'adhésion à une charte éthique.

Au final, d'un point de vue pragmatique, l'hypnose est une approche thérapeutique, les effets indésirables sont absents, il existe des formations reconnues. L'hypnose pratiquée par un personnel de santé comme une pratique complémentaire est une des méthodes non conventionnelles actuellement de plus en plus pratiquée en France, et parmi les plus intégrées à l'offre de soins conventionnels ; elle permet d'apporter une réponse à des symptômes fréquents mal contenus par la médecine conventionnelle. Pour des patients motivés pour cette prise en charge, avec des praticiens maîtrisant la méthode, il est vraisemblable que l'effet de l'hypnose en vie réelle soit supérieur aux effets estimés dans les différentes études.

Pr Arnaud Fauconnier

PU-PH, chef de service

Service de gynécologie & obstétrique,

CHI Poissy-St-Germain, Université Versailles Saint-Quentin

Point de vue sur les études

Dans l'ensemble il s'agit d'études de très bonne qualité, conférant aux résultats un très haut niveau de preuve au sens de l'*Evidence Based Medicine*. Un certain nombre de problèmes méthodologiques liés à la nature même de l'hypnose et des thérapeutiques apparentées doivent cependant être soulignés : L'hypnose est une intervention complexe, de ce fait la faiblesse de connaissances précises des effets des différentes composantes actives de l'hypnose ainsi que l'absence de définition d'éléments constants dans les interventions, constituent une limite importante dans l'interprétation des études. En effet, l'hétérogénéité des procédures utilisées dans les essais était très grande : séances en groupe ou non, une ou plusieurs séances, accompagnement durant le soin ou non, hypnothérapeute expérimenté ou personnel formé pour l'occasion, usage de l'auto-hypnose, script lu par du personnel non formé etc... Certaines études incluent, avec succès, des procédures de standardisation et de transfert des pratiques vers des investigateurs non hypnothérapeutes. D'autres au contraire insistent sur l'importance de la personnalisation de la relation hypnotiseur-hypnotisé et sur l'expérience du thérapeute (également avec succès). Il est important de remarquer que cette hétérogénéité n'empêche pas l'obtention de résultats significatifs tendant à démontrer l'efficacité de l'hypnose sous ses différentes formes, ce qui me semble constituer au final une preuve de concept. Il me semble qu'une analyse fine utilisant les contrastes entre les différentes techniques utilisées et leurs résultats en terme de taille d'effet, ou de significativité pourrait contribuer à mieux comprendre la nature exacte des composantes actives de l'hypnose. Il serait donc intéressant de procéder à des analyses de type « dose efficacité » en mesurant par exemple la taille de l'effet en fonction de critères comme

l'expérience de l'hypnothérapeute, le nombre de séances, l'accompagnement individuel ou non, la présence durant l'intervention.

Une autre limite, retrouvée dans un certain nombre d'essais (tant négatifs que positifs) paraît être le fait que les mêmes personnes prodiguaient à la fois l'hypnose et le comparateur non actif, ce qui entraînait un risque important de contamination, défavorisant l'hypnose ou bien, au contraire, de parti-pris, favorisant cette thérapie. L'hypnose peut également générer des effets « non spécifiques » en lien avec l'attention particulière dont les malades ont pu bénéficier. Ainsi, dans certains essais comportant trois bras, l'hypnose retrouvée supérieure à l'absence de prise en charge particulière n'a, en revanche, pas montré de supériorité par rapport au fait de recevoir une attention structurée « bienfaisante ». Dans d'autres cas les études à trois bras mettaient en évidence la réalité des effets « spécifiques » de l'hypnose par rapport au placebo d'attention bienfaisante.

La problématique de l'aveugle dans les études portant sur l'hypnose pose également question. Dans le cas idéal, la réalisation d'un véritable aveugle passerait par l'utilisation de fausses techniques d'hypnose, de leurres (éventuellement prodigués par un comédien !), tandis que le groupe intervention devrait recevoir une véritable technique, appropriée au cas de figure de l'essai prodigué par un thérapeute expérimenté. Un tel dispositif n'a jamais été mis en œuvre et il n'est de toute façon pas possible d'organiser un aveugle au vrai sens du terme car les patients qui sont volontaires pour participer à ces études ont sur l'hypnose des connaissances et des attentes précises. On peut néanmoins en rapprocher un essai sur le sevrage tabagique, comportant des sessions de groupe, et durant lequel l'information concernant la participation ou non à des séances d'hypnose active n'était donnée qu'à la fin des sessions, l'essai étant négatif cela rend les choses difficiles à interpréter. D'une façon générale, il faut cependant souligner les efforts faits dans de nombreuses études pour limiter le risque de biais lié à l'absence d'aveugle. Ainsi dans les meilleures d'entre-elles les comparateurs ont consisté à des placebos « d'attention bienfaisante », c'est-à-dire des phases d'échanges avec un professionnel d'une durée équivalente à celle de l'hypnothérapie du groupe intervention. De plus beaucoup d'études ont, de façon pragmatique contourné cette difficulté par la réalisation de

procédures d'évaluation en aveugle, c'est-à-dire indépendante du thérapeute, et par l'utilisation quand cela est possible de mesures dites objectives comme par exemple, dans le cas de l'hypnosédation, la mesure de la consommation d'anesthésiques requise par les patients.

Valeur des résultats

L'analyse de l'ensemble des études prouvent sans discussion l'effet thérapeutique de l'hypnose dans plusieurs domaines.

C'est le cas en particulier des techniques d'hypnosédation utilisées dans le cadre de l'analgésie péri-opératoire : interruption de grossesse, chirurgie mammaire, radiologie interventionnelle. Les études portant sur l'hypnosédation sont certainement celles qui comportent la meilleure qualité méthodologique, en particulier par l'utilisation de placebos d'attention et d'évaluation en aveugle ou d'utilisation de trois bras. Les tailles d'effet estimées sont importantes et il s'agit probablement d'un effet spécifique. Un point cependant mérite d'être souligné, l'hypnosédation a toujours été utilisée en adjuvant des techniques d'analgésies traditionnelles ; l'hypnose, contrairement à une opinion répandue dans les médias ne se substitue pas aux techniques d'anesthésies traditionnelles, mais vient en complément.

L'hypnothérapie a également une efficacité démontrée sur les troubles fonctionnels intestinaux, ainsi que la dyspepsie et les bouffées de chaleurs en post-ménopause.

D'autres indications ont conduit à des résultats non concluants, possiblement en lien avec des défauts méthodologiques, en particulier sur la prise en charge des addictions ou des troubles psychiatriques. Il faut souligner l'absence de résultats concluants en faveur de l'intérêt de l'hypnothérapie dans le sevrage tabagique, ce qui est en contradiction avec les assertions courantes, retrouvées dans les médias ou sur les sites internet autorisés.

En ce qui concerne l'EMDR, il s'agit d'une technique non médicamenteuse différente de l'hypnose qui semble répondre à un mécanisme neurophysiologique bien défini et relativement validé. L'EMDR serait efficace avec un haut niveau de preuve, dans la prise en charge du syndrome de stress post-

traumatique de l'adulte, mais pas chez l'enfant. Cependant, l'analyse détaillée des essais montre que dans l'ensemble l'effet placebo n'a pas été pris en compte, il est donc difficile de savoir si l'efficacité de l'EMDR correspond véritablement à un effet « technologique », tel que les promoteurs de la technique le laissent supposer ou bien à des effets non spécifiques.

La sécurité d'utilisation de l'hypnose a été bien évaluée, l'hypnose n'a entraîné aucun EIG dans le cadre de son utilisation thérapeutique par des professionnels de santé formés. L'enjeu semble se situer au niveau éthique et déontologique car les risques supposés relèvent non pas d'effets inattendus mais de pratiques intentionnellement malveillantes. La technique pourrait, ce qui n'est pas démontré scientifiquement mais couramment évoqué dans les médias, entraîner des possibilités de manipulations mentales intentionnelles. De tels cas n'ont jamais été rapportés dans le champ de la biomédecine.

Enfin, plusieurs études portant en particulier sur l'hypnosédation se sont posées la question du coût-efficacité des procédures. Plusieurs études, portant sur l'hypnosédation, prenant en compte y compris des thérapies individuelles et personnalisées, démontrent que ces techniques sont coût-efficaces sous condition d'un certain volume de procédures.

Intérêt potentiel de la technique évaluée pour le soin

En dehors des indications « classiques » de l'hypnothérapie (à mettre en regard des indications d'autres médecines alternatives présentant un niveau de preuve scientifique similaire), l'hypnose présente un champ d'application qui semble particulièrement prometteur et spécifique, celui de l'hypnosédation et de la prise en charge de la douleur. Dans ce cadre le concept d'utilisation thérapeutique de l'hypnose se base sur l'obtention volontaire par le thérapeute, d'un état modifié de la conscience propice à la suggestion et à la modification des perceptions. Il semble en effet exister des explications neuroscientifiques du phénomène de « transe » hypnotique. Des études expérimentales utilisant l'imagerie cérébrale fonctionnelle suggèrent des mécanismes impliqués dans les

modifications des perceptions de la douleur. Ces mécanismes explicatifs supposés se sont traduits dans les études par des preuves d'efficacité cliniques relativement indiscutables dans ce domaine.

L'hypnose reste néanmoins une technique en cours d'évaluation et on ne peut que se féliciter du développement de cette pratique notamment dans certains CHU, en France ou en Europe, ce qui est la garantie d'une évaluation rigoureuse en vie réelle des techniques proposées. Un certain nombre de questions restent en effet posées, avant de recommander l'utilisation de l'hypnose sans restriction dans le cadre des soins courants :

Premièrement, il est important d'éclaircir la problématique des composantes actives de l'hypnose de façon à standardiser au mieux les procédures, ceci afin d'améliorer leur reproductibilité et de pouvoir mesurer la qualité des soins prodigués aux patients.

Deuxièmement, la procédure de sélection des patientes en fonction de leurs attentes vis-à-vis de l'hypnose n'est quasiment jamais explicitée dans les études. La motivation du patient, ainsi que ses attentes propres vis-à-vis de l'hypnose, jouent certainement un rôle déterminant ; pour autant ces éléments n'ont que très rarement été mesurés dans les essais, proportion de patients « adhérents », il est vraisemblable que cette proportion était élevée. Dans quelle mesure cela influe-t-il les résultats, c'est impossible à savoir ; il est donc important de souligner que dans l'état actuel des connaissances l'hypnose ne peut être considérée comme efficace que chez des patients ouverts aux principes de cette thérapie. Dans l'exemple de l'analgésie péri-opératoire il semble donc difficile de recommander la mise en place de l'hypnose sans avoir une idée précise du nombre de patients potentiellement concernés par cette pratique. De ce point de vue il pourrait être intéressant de regarder le taux d'échec observé dans les grandes séries de référence, ainsi que le profil des patients répondeurs.

Enfin, l'analyse en parallèle des études qualitatives a montré que les patients pris en charge par l'hypnothérapie ne mettaient pas en avant les mêmes bénéfices que les investigateurs des essais. Les patients insistaient notamment sur des aspects de vécu personnel et de bien-être ressentis, objectifs bien difficiles à mesurer qui, de ce fait, n'ont que très peu été évalués dans les essais thérapeutiques. Ces aspects, méconnus des études quantitatives car ne portant pas sur des éléments

purement médicaux, pourraient constituer un élément important de l'attrait de l'hypnose auprès des patients et des soignants. Il importe donc dans les études futures de mieux les prendre en compte.

CONCLUSION

L'hypnose est une technique ancienne, utilisée pour le soin dans les sociétés occidentales depuis au moins 200 ans. Par la parole, le praticien en hypnose induit chez le patient un état de conscience particulier caractérisé par une indifférence à l'extérieur et une hyper suggestibilité. Cet état de conscience « hypnotique » peut être utilisé pour amplifier les ressources internes du patient de lutte contre l'anxiété et la douleur et faire disparaître des symptômes. La pratique psychothérapeutique de l'hypnose donne une importance majeure à la notion de présence, à laquelle le patient accède par le biais de ses perceptions sensorielles.

L'hypnose recouvre en effet un ensemble de pratiques sensiblement différentes : hypnosédation (à visée sédative, utilisée en anesthésie), hypnoalgésie (contre la douleur) et hypnothérapie (à visée psychothérapeutique). Il en est de même des formations à l'hypnose en France : elles sont hétérogènes. Il existe une douzaine de formations universitaires, à ce jour non reconnues par l'Ordre des médecins. Il existe également de nombreuses formations associatives et privées. Certaines sont réservées aux professions médicales et/ou aux professions de santé, et d'autres sont accessibles à un public plus large. Le statut d'hypnothérapeute, non réglementé, concerne ainsi des praticiens aux qualifications forts différentes.

Les mécanismes physiologiques à l'œuvre dans l'hypnose ont été et sont encore régulièrement étudiés. Les résultats issus de ces études ont permis d'objectiver des modifications du fonctionnement cérébral en lien avec la transe hypnotique, mais ils ne permettent pas encore d'expliquer complètement le phénomène.

L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, technique de désensibilisation et retraitement par mouvements oculaires) est une pratique beaucoup plus récente (fin des années 1980). Elle intègre certains éléments issus de l'hypnose et d'autres approches psychothérapeutiques. Cette thérapie brève, basée sur le modèle du traitement adaptatif de l'Information, est notamment utilisée dans la prise en charge du syndrome de stress post traumatique. Les formations initiales et continues sont contrôlées et homogénéisées au niveau national et européen pour obtenir le titre de « Praticien EMDR Europe » (ou sa réaccréditation).

Il existe une vingtaine d'études cliniques (incluant plus de 100 sujets) et/ou revues de la littérature réalisées par la fondation Cochrane qui ont eu pour but d'évaluer l'efficacité de l'hypnose dans certaines de ses indications : hypnosédation, hypnoalgésie (accouchement, intervention chirurgicale, etc.), pathologies fonctionnelles (colopathie, bouffées de chaleur, etc.), psychiatriques (addictions, stress post traumatique). Certaines de ces études ont de réelles qualités méthodologiques. Les résultats sont variables ; il existe néanmoins suffisamment d'éléments pour

pouvoir affirmer que l'hypnose a un intérêt thérapeutique potentiel, en particulier en anesthésie per-opératoire ou dans la colopathie fonctionnelle (colon irritable). Les données actuelles sont insuffisantes voir décevantes dans d'autres indications comme le sevrage tabagique ou la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement. Des études qualitatives conduisent cependant à relativiser la portée de ces conclusions : les bénéfices de l'hypnose tels que formulés par les patients ont du mal à être traduits en termes numériques à l'aide des instruments cliniques habituellement utilisés dans les études. Par exemple, dans le traitement de la douleur, c'est l'impact émotionnel de la douleur qui serait réduit par l'hypnose plus que l'intensité de la douleur elle-même.

Concernant l'EMDR et la prise en charge du syndrome de stress post traumatique (SSPT), il existe deux revues Cochrane, qui confirment que l'EMDR est efficace dans la prise en charge du SSPT chez l'adulte mais ces revues ne permettent pas de conclure chez l'enfant et l'adolescent.

En ce qui concerne la sécurité de l'hypnose et de l'EMDR, les études sont rassurantes. Il faut toutefois être vigilant sur les dérives éthiques que les techniques de suggestions peuvent entraîner. Comme dans de nombreuses autres techniques de soins non conventionnels, une réglementation des pratiques serait ainsi souhaitable.

Bien entendu, les études visant à évaluer l'effet clinique de l'hypnose obligent à repenser les standards méthodologiques classiques. Certes il est possible et utile de réaliser des études comparatives randomisées. Mais on se rend compte que des études qualitatives bien menées sont tout autant indispensables pour déterminer ce que les patients ont vécu subjectivement lors de ces prises en charges. Ce point de vue subjectif est essentiel compte tenu des cibles thérapeutiques de l'hypnose. Ces études qualitatives sont par ailleurs indispensables quand il s'agit de choisir le ou les critères d'efficacité utilisés dans les essais thérapeutiques randomisés. Sinon, une étude négative laissera toujours planer le doute que le « véritable » intérêt de l'hypnose a été manqué. Le choix du groupe contrôle à inclure dans ces essais est lui aussi délicat. Faut-il recourir à un « placebo » d'hypnose ? Tout dépend de l'objectif recherché. S'il s'agit de montrer l'utilité clinique de l'hypnose alors non, un groupe contrôle de soin courant sera suffisant. S'il s'agit de rechercher les composantes du soin hypnotique qui sont les plus efficaces alors oui, il sera utile de proposer à un groupe de patients une version amoindrie du soin hypnotique.

On le voit, l'évaluation de l'hypnose en médecine soulève de nombreuses questions. Mais la chose est possible et l'on doit se féliciter de voir que de plus en plus d'études sont engagées dans ce domaine, y compris en France.

Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose

Commentaire :

Dr Jean Marc Benhaïem, directeur du D.U Hypnose de Paris VI, Praticien Hôpital Ambroise Paré (Boulogne) et Hôtel Dieu (Paris).

Etudier et pratiquer l'hypnose est un vrai défi posé à un esprit scientifique.

Il faut saluer, dans ce rapport INSERM rédigé à l'intention de la Direction Générale de la Santé, le sérieux de l'entreprise mais aussi la difficulté pour les auteurs de décrypter les études cliniques tant dans leurs protocoles que dans leurs conclusions.

Evaluer un médicament n'est déjà pas chose aisée, alors évaluer une procédure qui dépend du thérapeute, de ses connaissances, de la singularité du patient, de leur relation, de leur humeur du moment, de leur disponibilité et de leurs croyances respectives est une vraie gageure. L'hypnose avec sa composante suggestion est souvent assimilée à l'effet placebo ou à un effet placebo décuplé. Certains auteurs ont mis en évidence que l'hypnose aussi aurait un effet placebo. Les études cliniques finissent par comparer un placebo à un autre placebo ! Les difficultés sont contournées en comparant hypnose versus médicament ou versus liste de conseils. L'efficacité de l'hypnose est alors prouvée mais pas réellement expliquée.

Malgré tous ces obstacles et critères, il a été possible dans cette étude de tirer des conclusions fort utiles pour les soignants qui voudraient diversifier leurs possibilités thérapeutiques.

L'hypnose est un processus naturel tendu entre deux pôles. Ces deux pôles sont des attitudes ou des comportements opposés. A une extrémité la personne a la volonté et l'intention de maîtriser toute chose, à l'autre pôle, elle est présente corporellement et se réfère à ses sensations et plus du tout à son mental. L'équilibre est trouvé lorsque la personne circule facilement d'un mode à l'autre. Ces deux modes sont des expériences communes qui font partie de notre physiologie normale. L'hypnose sert essentiellement à quitter le mode « contrôle » pour rejoindre son opposé qui se caractérise par une souplesse d'adaptation à l'environnement. Les pathologies se développent lorsque la personne ne parvient plus à changer de mode et donc à s'adapter à la situation présente. L'hypnose, en s'intéressant à ce processus, est donc tournée vers la personne et non vers un corps à réparer. Toute la place est laissée au subjectif. Les protocoles décrits dans ce dossier montrent bien que l'on tient compte du subjectif et de l'expérience des patients. Le général cède le terrain au particulier. Le thérapeute s'intéresse à son patient en tant que personne originale et non pas en tant que bloc de chair qu'il faudrait piquer, droguer ou découper.

Cet abord par l'hypnose, dans le cas de douleurs par exemple, est tellement attendu par les patients installés dans leurs souffrances, que l'hypnose n'apparaît plus comme une thérapie complémentaire mais comme la thérapie pertinente qui répond précisément à la souffrance ressentie par le patient.

Ce travail d'évaluation arrive à un moment où les demandes de formation à l'hypnose médicale affluent dans les Universités. Les soignants découvrent l'hypnose thérapeutique et ses effets parfois spectaculaires pour calmer une douleur ou une phobie invalidante. Au point que l'on se demande pourquoi l'hypnose avait disparu de l'art de soigner ? Ce dossier très complet va permettre de mieux connaître les bonnes indications de l'hypnose et certainement aider à réintroduire l'hypnose dans la recherche et dans la pratique médicale.

Votre Correspondant : Antoine BIOY

*Professeur des universités en psychologie clinique et psychopathologie, PhD - HDR
Co-directeur du département de Psychologie
Conseiller scientifique UNESCO – chaire 918
Expert scientifique Institut Français d'Hypnose
Directeur du DU « Hypnothérapie », du DIU « Hypnose médicale et clinique »
Affilié à la division 30 de l'APA « Society of Psychological Hypnosis »*

Jeu 25 juin 2015

DROIT DE REPONSE

Rapport INSERM « Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose »

Je remercie les promoteurs de ce rapport de m'offrir la possibilité d'un « droit de réponse ». Je tiens dans un premier temps à saluer d'une part l'initiative de cette analyse et d'autre part la somme de travail que cela a visiblement demandé, notamment pour « entrer » dans un sujet dont les bases ont d'évidence dû être acquises à cette occasion. C'est un travail dont je mesure aisément l'énergie et le temps qu'il a dû demander pour sa réalisation.

Concernant la première partie, « Généralités sur l'hypnose et l'EMDR »

Je comprends qu'il s'agit là d'installer des bases de compréhension générale et que, de ce fait, le niveau de rigueur scientifique est moins important que pour le reste du document. Pour autant, à mon sens, cette partie aurait mérité une présentation s'appuyant plus sur les connaissances scientifiques : si l'avis de professionnels relève d'une pertinence clinique, ces approches ne sont pas toujours généralisables au-delà de leur pratique. Ainsi, les synthèses de revues de la littérature proposées par DD Price ou encore de RG Large sur les caractéristiques de l'hypnose permettent à notre sens de mieux en comprendre les rouages : l'état hypnotique commence par une absorption et une focalisation de l'attention, associée à une condition de relaxation physique et mentale. Ceci permet de passer à une diminution du jugement ou de la censure, une modification de perception dans l'orientation de lieu et/ou de temps, et une expérience de réponse quasi automatique (le « principe d'involontarité », selon le mot du Pr Jean-Roch Laurence). C'est cet état caractéristique du vécu hypnotique qui permet de modifier son rapport à la réalité et de percevoir le réel autrement.

L'élément le plus étonnant de cette partie reste cependant de mêler dans un même rapport les études sur l'hypnose et sur l'EMDR, au motif que l'EMDR inclus « des techniques issues de l'hypnose ». Cela est bien sûr vrai, notamment David Servan-Schreiber l'indiquait dans sa préface à la traduction française du premier ouvrage de Shapiro. Mais l'emploi des techniques d'hypnose est également vrai dans d'autres approches. Citons simplement ici la PNL, nombre d'approches en relaxation, ou encore la sophrologie dont Caycedo a ouvertement repris tout le pan technique de l'hypnose pour sa méthode. Et cette liste n'est pas exhaustive. Alors pourquoi l'EMDR dans un rapport autour de l'hypnose ? L'argument d'une confluence technique ne tient pas vraiment pour la raison que nous venons de citer (d'autres approches entrent plus dans cette caractéristique). Par ailleurs, ces approches suivent des logiques méthodologiques distinctes et les bases scientifiques de l'une et de l'autre sont là aussi de nature différente (et plus avancées concernant

l'hypnose par rapport à l'EMDR, dont l'essentiel de son socle théorique reste à ce jour hypothétique). Alors pourquoi aborder l'EMDR en même temps que l'hypnose ? Le mystère reste entier !

Connaissant les principaux travaux autour de l'EMDR sans en être toutefois expert, la suite de notre « droit de réponse » ne concerne que les parties relatives à l'hypnose.

Concernant la seconde partie, « Revue de la littérature scientifique sur les données d'efficacité »

La partie relative à une analyse scientifique de la littérature est particulièrement bien menée. Un atout de ce rapport est de mettre en relief à la fois les biais méthodologiques des études retenues en même temps que la limite des critères d'études retenus (critères pour le moins stricts...). Les auteurs mettent bien en évidence l'intérêt qu'il y aurait à une approche plus qualitative du phénomène hypnotique pour compléter et discuter des résultats de façon plus exacte et exhaustive. Nous pensons en effet pour notre part qu'une approche plus phénoménologique et incluant un regard sur l'intersubjectivité mobilisée en hypnose permettrait d'aller au-delà de la simple question de l'efficacité, et d'aborder aussi les effets de l'hypnose, sa dynamique de travail. Ce rapport ne peut pas rendre compte de cela car assimile l'hypnose à une thérapeutique médicamenteuse et n'exploite que les bases de données médicales alors qu'il aurait été possible de prendre également celles de Sciences Humaines (comme PsycInfo) qui donne notamment une place aux approches qualitatives scientifiquement validées.

Un autre limitation à notre sens est celle de ne considérer dans l'état des recherches en France que les études financées par le système public et là encore uniquement dans le champ de la médecine et pas du tout de la psychologie ou plus largement des sciences humaines. Ainsi, toute la dynamique des travaux français actuels en Sciences Humaines est passée sous silence (recherches, thèses...) alors qu'elle n'a jamais été aussi importante depuis la voie ouverte par le Pr Didier Michaux dans les années 80. Pour ne citer que les travaux sur notre laboratoire, plusieurs recherches sont menées (étude de l'alliance thérapeutique en hypnothérapie ; effets de l'hypnose sur les dimensions traumatiques et transculturelles dans la drépanocytose ; dynamique de l'hypnothérapie dans le cadre des douleurs complexes et inexplicables ; l'hypnose comme rituel de deuil en situations palliatives ; et deux autres bientôt finalisées). Ces recherches impliquent plusieurs chercheurs et doctorants ; elles sont pour la plupart financées par des subventions et bourses de recherche privées (Fondation de France, Institut Français d'Hypnose...) et il est dommage que le rapport ne s'en fasse pas plus l'écho, comme également de la dynamique de travail d'autres laboratoires universitaires (Brest, Nice, Nanterre...) qui s'intéressent à des thématiques encore différentes de celles citées (en partenariat avec nous dans certains cas). Des Instituts Milton Erickson soutiennent également ces efforts de recherche et nous pensons en particulier à L'institut Milton Erickson de Rezé avec qui nous travaillons activement et qui possède également des liens avec l'université de Nantes. Nous « complétons » donc le rapport en citant ces différents axes ici, qui sont importants car montrent une vraie dynamique française.

Concernant la troisième partie, « Sécurité de l'hypnose »

Nous avons apprécié l'interrogation sur la « sécurité de l'hypnose », qui permet de rappeler que l'usage thérapeutique de l'hypnose lorsqu'elle est pratiquée par un professionnel de santé formé est considérée comme étant sûre (et que la pratique par des non-professionnels du champ de la santé relève juridiquement de l'exercice illégal de la médecine). Par contre, on retombe sur la même limite que précédemment évoquée : l'assimilation ici faite de l'hypnose à une thérapeutique médicamenteuse est vraiment très limitante et de ce fait, les éléments de « sécurité » qui lui sont plus particulières (question de l'influence, du libre arbitre, du cadre d'usage de la suggestion, des considérations éthiques guidant ou interdisant certaines pratiques, etc.) sont mises de côté alors qu'une littérature significative apporte des regards pertinents et nécessaires sur ces questions. Mais effectivement, plus du côté des Sciences Humaines.

Synthèse de notre « droit de réponse »

Nous mettons la question de l'EMDR de côté pour laquelle nous ne sommes pas expert, qui aurait sans doute mérité un rapport à part entière plutôt qu'un rapprochement peu argumenté à l'hypnose.

Au final, le rapport propose selon nous une analyse de la littérature médicale à propos de l'hypnose bien menée et pertinente dans des limites qu'il est important de rappeler : littérature uniquement médicale, critères EBM stricts, assimilation de l'hypnose à un thérapeutique analogue au médicament. Ces limites sont importantes car on comprend que de ce fait, l'ensemble du phénomène « hypnose » et toute la question de son efficacité ne sont pas couverts. En particulier l'exclusion des Sciences Humaines en limite les conclusions :

- tant dans la première partie où plus de 50 ans de recherches en psychologie clinique, psychologie expérimentale, psychosociologie, etc. a été mise de côté alors qu'elles décrivent bien le phénomène hypnotique et constituent un apport majeur de compréhension
- que dans la seconde partie qui se limite à la notion d'efficacité du seul point de vue médical au lieu d'aller aussi vers d'autres aspects (ce qui aurait engagé, comme noté très justement par les auteurs, d'aller vers des études plus qualitatives).

Nous sommes cependant bien conscients que tout ne peut pas être traité dans un seul rapport et nous attendons avec impatience le volume 2 qui tiendra compte de l'ouverture aux méthodes qualitatives appelées par les auteurs eux-mêmes ! Il serait dommage de ne pas l'envisager, non ?



Pr Antoine BIOY

Commentaire sur le rapport Inserm « Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose »

Docteur Claude VIROT, Psychiatre
Directeur de l'Institut Emergences, Rennes
Président de la Société Internationale d'Hypnose (ISH)

Ce remarquable rapport de l'Inserm sur l'hypnose nous offre une vision large et cohérente de l'intégration progressive de l'hypnose dans le monde actuel des soins. Ne pratiquant pas l'EMDR, je n'ai pas d'avis dans ce domaine. Il me semble simplement que la juxtaposition de ces deux pratiques thérapeutiques nuit peut être à la lisibilité du rapport dans la mesure où, même si certains points sont communs, les différences l'emportent largement.

Concernant l'hypnose, le rapport met bien en évidence le stade d'évolution de la pratique hypnotique, ce qui est satisfaisant et ce qui reste encore à améliorer.

Il est très clair aujourd'hui qu'il est indispensable de réserver l'usage de l'hypnose thérapeutique aux professionnels de santé et aux psychologues cliniciens. Il s'agit d'un outil thérapeutique efficace qui demande une connaissance suffisante de processus physiologiques et psychologiques. Cette connaissance est transmise dans toutes les formations diplômantes pour les soignants, formations dont la durée est de 3 années minimum à temps plein, qui ont vocation à utiliser l'hypnose uniquement dans leur domaine de compétence. Un anesthésiste ne devient pas psychiatre parce qu'il connaît l'hypnose, un psychologue ne peut pas se substituer à un dentiste ou une infirmière.

L'acquisition des techniques hypnotiques vient en complément afin d'acquérir les connaissances concernant le rôle de la conscience dans les processus pathogènes et dans les processus thérapeutiques. Elle permet d'utiliser des techniques précises, bien décrites et transmises aujourd'hui au sein des instituts privés de formation ainsi que des diplômes universitaires orientés vers les acquisitions pratiques.

Les cadres éthiques sont aussi bien repérés et transmis afin de ne proposer l'hypnose qu'aux patients pour qui c'est utile en respectant les autres modalités thérapeutiques qui leur sont nécessaires.

Autrement dit, en 2015, les bases techniques, l'organisation des enseignements, le cadre éthique, les limites des prérogatives des soignants, les observations cliniques sont suffisamment solides, même si ces champs ont vocation à évoluer encore au fil du temps.

Par contre deux domaines sont à ce jour très insuffisants et sont clairement mis en évidence dans ce rapport : la recherche et la reconnaissance institutionnelle. J'y ajouterai un troisième volet : celui de l'organisation des soins. Enfin, la dimension économique inappropriée est une difficulté transversale à tous ces sujets.

Concernant la recherche. Le rapport pointe l'insuffisance de recherches de niveau « Cochrane ». Cette insuffisance est largement partagée par les praticiens. En fait, il existe beaucoup de recherches cliniques mais les cohortes, ou les méthodologies sont trop faibles. Deux raisons complémentaires peuvent expliquer ces insuffisances.

La première concerne la pratique même de l'hypnose actuelle. La valeur thérapeutique de l'hypnose apparaît essentiellement dans une relation privilégiée entre le soignant et le patient. Chaque acte hypnotique est différent, individualisé car, si chaque patient est unique, chaque thérapeute aussi est unique. Cette adaptation permanente exigeante, cet ajustement des compétences du praticien aux ressources ici et maintenant du patient est une des dimensions les plus fondamentales de l'hypnose, celle qui lui donne une grande partie de son efficacité. Mais cette individualisation heurte de plein fouet les procédures et protocoles exigés par la recherche fondamentale. Il faudrait en effet appliquer les mêmes techniques hypnotiques avec l'ensemble d'une cohorte, lissant ainsi les différences et modifiant fortement l'efficacité même que nous pouvons attendre de l'hypnose. La notion d'hypnose « placebo » est irréaliste dans les faits.

La seconde concerne le financement de la recherche. La recherche coûte très cher. La mise en place des procédures et des autorisations, les traitements statistiques sont extrêmement onéreux. Il y a à ce jour très peu d'équipes disposant de ces budgets, mais aussi disposant du temps nécessaire... Pourtant les intentions sont là mais manquent encore les reconnaissances institutionnelles qui permettraient d'affecter

des budgets nationaux à ces travaux. Il faut être admiratif envers ceux qui y arrivent. Je pense à cette étude en cours au CHU d'Angers à laquelle j'ai la chance de participer. Le dossier administratif est commencé depuis deux ans ; il est aujourd'hui validé. Mais, deux années, c'est très long dans notre système où tout doit se faire très vite.

Concernant les validations institutionnelles. C'est un peu le « serpent qui se mord la queue » ! Sans recherches suffisantes, pas de reconnaissance et sans reconnaissance, pas d'argent. C'est sûrement le point que nous devons faire évoluer maintenant. En réservant clairement la pratique de l'hypnose thérapeutique aux professionnels de santé et aux psychologues, en réservant le terme « hypnose » à un acte de soin, en vérifiant la qualité des formations et les pratiques sur le terrain. Cette dimension évoluera aussi en prouvant l'intérêt économique de l'hypnose, la réduction du coût des soins. Ces jours-ci la CPAM à qui la société civile demande des économies se penche sur la durée des séjours hospitaliers ou encore sur les réductions des prescriptions de médicaments, d'arrêts de travail, voire de transports. Il est certain que l'hypnose peut aller dans ce sens, mais ceci demande, une fois encore à être prouvé, donc des études, des financements...

Le dernier point concerne l'organisation des soins. Beaucoup de professionnels de santé compétents pour aider les patients avec des techniques hypnotiques se heurtent aux protocoles déjà en place et validés. Il est essentiel que ces protocoles soient respectés, c'est-à-dire, en d'autres termes que rien ne change. Et pourtant, il est de l'avis général qu'il est nécessaire de changer pour une meilleure efficacité à coûts constants ou, si possible, à moindre coût. L'hypnose est une technique qui va dans ce sens lorsque des équipes entières sont formées afin d'offrir une prestation de soins différente et cohérente. C'est l'avenir. Ceci se met déjà en place dans certains établissements de santé, progressivement, trop lentement peut-être, mais la direction est prise. Il est de la responsabilité des autorités (ministères, ARS, CPAM), des directions médicales, des institutions de soutenir ce processus.

Docteur Claude VIROT, Psychiatre
Directeur de l'Institut Emergences, Rennes
Président de la Société Internationale d'Hypnose (ISH)