

N° d'ordre :

ANNÉE 2016



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par : **Julie GEOFFRION**

Née le 16 Juin 1985 à Poitiers

**Influence de l'hypnose
éricksonienne sur la
consommation en
benzodiazépines et
molécules apparentées.
Enquête quasi-expérimentale
avant-après chez des patients
sous traitement chronique en
Ille-et-Vilaine et Côtes d'Armor.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 16 Décembre 2016**

devant le jury composé de :

JEGO Patrick

Professeur des Universités, CHU de Rennes
Président du jury

MENER Éric

Professeur Associé de Médecine Générale, Université de
Rennes
Juge

ROBERT Gabriel

Maitre de conférences, CHU de Rennes
Juge

DELAMARE Bénédicte

Médecin généraliste – Bain de Bretagne
Directeur de thèse

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
BOUGET Patrick Professeur des Universités en surnombre	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités émérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités émérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur des Universités associé, A mi temps	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie ; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire

GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités émérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie ; transfusion
HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités émérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie ; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Maryannick Professeur des universités en surnombre	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation ; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEGUERRIER Alain Professeur des universités en surnombre	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MENER Éric Professeur des universités de MG	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophthalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOULINOX Jacques	Biologie cellulaire
MOURIAUX Frédéric	Ophthalmologie
MYHIE Didier Professeur des universités de MG	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie ; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques

ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et rhumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise Professeur associé des universités de MG	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERH OYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Éric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY Éric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ALLORY Emmanuel Maitre de conférence associé de MG	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie ; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie ; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie ; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie ; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie ; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie

JAILLARD Sylvie	Histologie ; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies Pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale et clinique ; addictologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MARTINS Pedro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
PANGAULT Céline	Hématologie ; transfusion
RENAUT Pierric	
Maitre de conférence associé de médecine générale	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SAULEAU Paul	Physiologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
TADIÉ Jean-Marc	Réanimation ; médecine d'urgence
THEAUDIN Marie Epouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ;
(Lorne)	Addictologie
ZIELINSKI Agatha	Philosophie

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur JÉGO Patrick,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Soyez assuré de mes remerciements et de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Professeur MÉNER Éric,

Grâce à toi, j'ai découvert l'hypnose et je t'en remercie. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, je tiens à t'exprimer toute ma gratitude et ma sincère considération.

À Monsieur le Docteur ROBERT Gabriel,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'assurance de ma sincère reconnaissance.

À Madame le Docteur DELAMARE Bénédicte,

Tu me fais l'honneur d'avoir accepté de diriger ce travail. Je te remercie sincèrement pour ton accompagnement et ton attentive correction. Merci pour la qualité de ton enseignement qui me sert tant dans ma vie professionnelle que personnelle.

À tous les médecins qui ont participé à cette étude, pour le temps que vous avez consacré à mon travail.

À tous mes professeurs, mes anciens maîtres de stage, mes collègues de Romillé et d'Erquy, tous les médecins rencontrés au cours de mes études, pour votre enseignement, votre confiance, votre accueil et tous vos encouragements au cours de ces longues années d'étude.

À mes parents, je vous remercie pour tout l'amour que vous m'apportez chaque jour et pour tout le soutien pendant mes études. Vous êtes des personnes formidables et j'essaierai toujours de suivre votre exemple.

À mon frère Matthieu, pour tes encouragements et ta confiance en moi. Tu as toujours été un exemple pour moi pour ta philosophie, ta manière de voir la vie différemment mais avec tellement de simplicité, tu m'inspires.

À toute ma famille, ma mamimie, mon oncle, mes tantes, mon cousin et mes cousines, pour votre amour et vos encouragements.

À mes cousines, qui m'avez pris la main et accompagnée sur le chemin de la vie, qui m'avez aidée à grandir. Vos conseils, votre joie de vivre et notre complicité ont pour moi une valeur sans pareille.

À ma sœur de cœur, ma Vivi, pour ton soutien, tes conseils, ton amitié fidèle et surtout merci pour tous nos merveilleux moments partagés et pour tous ceux à venir. Avec tout mon amour.

À tous mes amis, ceux de longues dates et les nouveaux arrivants, ceux de près comme ceux de loin, pour votre amour au quotidien, votre douceur, vos encouragements et votre compréhension.

À Simon, pour ton énorme soutien, ta tendresse et ta patience quotidienne pendant ce travail, merci d'avoir été à mes côtés.

À mon entraîneur et ami Roger, je pense toujours à toi, merci pour tes enseignements tant dans le sport que dans la vie, je te garderai toujours dans mon cœur.

À mes relectrices, Maman, Viviane, Valérie, Séverine et Lise, merci pour vos conseils, votre temps et votre soutien dans ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	9
TABLE DES MATIÈRES	11
ABRÉVIATIONS	12
RÉSUMÉ	13
ABSTRACT	14
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	15
1. INTRODUCTION	16
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES	17
2.1 TYPE ET DEROULEMENT DE L'ETUDE.....	17
2.2 RECUEIL DES DONNEES	17
2.3 ANALYSE STATISTIQUE.....	18
3. RÉSULTATS.....	19
3.1 INCLUSION DE L'ETUDE.....	19
3.2 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	19
3.3 DONNEES RECUEILLIES AVANT L'HYPNOTHERAPIE	20
3.3.1 <i>Description de la consommation médicamenteuse</i>	20
3.3.2 <i>Description de la dépendance ECAB</i>	22
3.3.3 <i>Description des symptomatologies anxieuses et dépressives</i>	22
3.4 LA THERAPIE PAR L'HYPNOSE.....	22
3.5 DESCRIPTION DES RESULTATS « AVANT-APRES »	23
3.5.1 <i>Évolution de la consommation sur 6 mois</i>	23
3.5.2 <i>Comparaison de la consommation « Avant-Après »</i>	23
3.5.3 <i>Comparaison des échelles ECAB, HAD A et HAD D « Avant-Après »</i>	25
4. DISCUSSION	26
4.1 ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS	26
4.1.1 <i>Population et consommation médicamenteuse</i>	26
4.1.2 <i>Comparaison « Avant-Après » l'hypnothérapie</i>	26
4.2 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	27
4.2.1 <i>Choix méthodologique</i>	27
4.2.2 <i>Recrutement</i>	27
4.2.3 <i>Recueil et analyse des données</i>	28
4.3 CONFRONTATIONS AUX DONNEES DE LA LITTERATURE.....	28
4.4 VALIDITE EXTERNE ET PERSPECTIVES	29
5. CONCLUSION	30
6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	31
7. ANNEXES	34

ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de mise sur le marché

BZD : Benzodiazépine(s)

ECAB : Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines

HAD : Échelle Hospital Anxiety and Depression scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IC 95% : Intervalle de confiance à 95 %

IMHER : Institut Milton H. Erickson du Rhône

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

MA : Molécule apparentée

TCC : Thérapies cognitivo-comportementales

TOC : Troubles obsessionnels compulsifs

RÉSUMÉ

Introduction : La surconsommation de benzodiazépines (BZD) et molécules apparentées (MA) est actuellement un problème de santé publique majeur en France. Ces médicaments psychotropes entraînent une forte pharmacodépendance et de nombreux effets secondaires néfastes pour les consommateurs réguliers. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'influence de la thérapie par l'hypnose éricksonienne sur la consommation en benzodiazépines et molécules apparentées chez des patients consommateurs chroniques.

Méthodologie : Une étude quasi expérimentale de type « avant-après » a été réalisée en Ille-et-Vilaine et Côtes d'Armor de janvier à septembre 2016. Les patients inclus étaient sous BZD ou MA depuis plus de 3 mois et choisis parmi ceux qui se présentaient au cabinet pour réaliser une hypnothérapie. Les données étaient recueillies à l'inclusion puis à 6 mois, au moyen de questionnaires. Le critère d'évaluation principal était la consommation de BZD et MA. Les critères d'évaluation secondaires portaient sur la dépendance au médicament et sur les manifestations anxio-dépressives.

Résultats : 26 patients ont été inclus dans l'étude, 2 ont été perdus de vue. La population était constituée de 71% de femmes, de 53 ans en moyenne. À 6 mois, les résultats montrent que 14 patients ont poursuivi leur consommation en BZD ou MA, soit 58% de la population étudiée, traduisant une différence significative entre les 2 périodes ($p < 0,006$). L'évolution de la consommation révèle que 42% des patients ont arrêté leur traitement, 29% ont diminué leur dose de médicament, 21% ont une consommation identique et 8% ont augmenté leur traitement. La dépendance médicamenteuse, ainsi que les manifestations anxieuses et dépressives diminuaient significativement.

Conclusion : Cette étude révèle un bénéfice de l'hypnothérapie éricksonienne sur la consommation chronique de BZD et MA, tout en améliorant la symptomatologie anxieuse et dépressive. Une étude plus puissante pourrait permettre de conforter nos résultats et mettre en avant l'hypnose en tant que thérapie non médicamenteuse pour la lutte contre la surconsommation en benzodiazépines et molécules apparentées en médecine générale.

Mots-clés : Hypnose, benzodiazépines, surconsommation, dépendance, enquête quasi-expérimentale, anxiété.

ABSTRACT

Introduction: The overconsumption of benzodiazepines (BZD) and related molecules (RM) is currently a major public health problem in France. These psychotropic medicines lead to strong dependence and many harmful side effects for long-term consumers. The objective of this study is to evaluate the influence of the ericksonian hypnosis therapy on the consumption of benzodiazepines and related molecules by chronic consumers.

Method: A quasi-experimental study "before and after" was carried out in Ille-et-Vilaine and Côtes d'Armor from January to September 2016. The patients included were under BZD or RM for more than 3 months and were selected among those who came to the office to get a hypnotherapy. The data were collected, using questionnaires, in two phases: when the patient was included and 6 months after. The main evaluation criterion was the BZD and RM consumption. The secondary evaluation criteria were drug dependence and anxiety-depressive manifestations.

Results: 24 patients were included in the study. 71% of the population studied were women of average age 53. The results show that 6 months after the start of therapy, 14 patients continued to use BZD or RM (58% (95% CI 39-78)), indicating a significant difference between the two periods ($p < 0.006$). After hypnotherapy, the drug use has evolved as follows: 42% of patients stopped treatment, 29% of them decreased their consumption, 21% had an identical intake and 8% increased their drug intake. The evaluation of drug dependence, anxiety and depressive manifestations showed a significant decrease in drug use.

Conclusion: This study reveals a positive impact of the ericksonian hypnotherapy on the consumption of BZD and RM by patients with chronic treatment and on their anxiety and depressive symptomatology as well. A larger study could reinforce our results and put forward hypnosis as a non-drug therapy against overconsumption of BZD and RM in general medicine.

Keywords: Hypnosis, benzodiazepine, medical overuse, addiction, quasi-experimental investigation, anxiety.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

<u>TABLEAU 1.</u> CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION (N=24)	19
<u>TABLEAU 2.</u> ANALYSE DE LA CONSOMMATION AVANT ET APRES L'HYPNOSE	24
<u>TABLEAU 3.</u> COMPARAISON DES MOYENNES DES SCORES DES DIFFERENTES ECHELLES AVANT-APRES	25

Liste des figures :

<u>FIGURE 1.</u> FREQUENCE DES BZD ET MA CONSOMMEES (N=30)	20
<u>FIGURE 2.</u> INDICATIONS INITIALES DU TRAITEMENT PAR BZD OU MA	21
<u>FIGURE 3.</u> ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE PAR LES PATIENTS A 6 MOIS (N= 24)	23

1. INTRODUCTION

Les BZD ou MA sont utilisées dans le traitement des manifestations anxio-dépressives, des troubles du sommeil, des épilepsies et dans le sevrage alcoolique. Ce sont des substances classées comme psychotropes du fait de leurs propriétés psychoactives, agissant sur l'état du système nerveux central en modifiant certains processus cérébraux. Ces modifications ont pour conséquence une pharmacodépendance importante à l'origine d'une forte addiction physique et psychique, exposant les patients à un risque élevé de consommation chronique, de mésusage, d'abus, et de syndrome de sevrage à l'arrêt ¹. De nombreux autres effets secondaires ont été démontrés, tels que des troubles de la mémoire et du comportement, des chutes chez les personnes âgées, des accidents. De surcroît, des études suggèrent un lien entre consommation prolongée de BZD ou MA et survenue de démence, notamment la maladie d'Alzheimer ².

La surconsommation de ces médicaments est actuellement un problème de santé publique majeur en France car avec 1 français sur 5 qui consomme, chaque année, au moins une BZD ou MA, notre pays se place parmi les 3 plus grands consommateurs européens d'anxiolytiques et hypnotiques ^{1,3}. La consommation est 3 à 5 fois plus importante que dans d'autres pays d'Europe, exposant les patients à de nombreux effets secondaires délétères d'une part et entraînant des dépenses non négligeables des caisses d'assurance maladie d'autre part (170 millions d'Euros en 2012 soit 0,6% des ventes de médicaments réalisées en France) ³. Bien que ces médicaments soient soumis à une réglementation stricte de prescription et de délivrance, celle-ci est rarement respectée ⁴. En effet, les recommandations AMM limitent leurs prescriptions au-delà de 12 semaines pour les anxiolytiques et de 4 semaines pour les hypnotiques ^{5,6}.

Ainsi, depuis 2008, la HAS a fait de ce problème une priorité en développant la lutte contre la consommation chronique des BZD, par la volonté d'un accès favorisé aux thérapies non médicamenteuses en 1^{ère} intention telles que les TCC ^{4,5,6,7,8}.

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 ⁹. Cette technique entraîne chez le sujet un état modifié de la conscience, avec de multiples applications cliniques et particulièrement à visées, antalgique, sédative, et psychothérapeutique. Son application est particulièrement reconnue pour la réduction des troubles anxieux et des troubles du sommeil qui sont les causes principales de consommation de BZD et MA ^{10,11}.

Ces dernières années, l'hypnothérapie s'est considérablement développée dans le milieu médical tant hospitalier qu'en médecine générale libérale. En France, les formations se développent sans cesse et l'intérêt pour cette technique plus « naturelle » se fait de plus en plus ressentir ^{9,11}. L'hypnose pourrait être plus accessible que les TCC et apporter de nouvelles possibilités de lutte contre la surconsommation en BZD et MA.

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'influence de la thérapie par l'hypnose éricksonienne sur la consommation en BZD et MA chez des patients consommant ces médicaments au long cours. Secondairement, nous avons étudié l'efficacité de la thérapie sur l'anxiété et la dépression.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 Type et déroulement de l'étude

Il s'agit d'une étude quasi-expérimentale de type « avant-après » réalisée de manière prospective, sans tirage au sort, entre janvier et septembre 2016 en Ille-Et-Vilaine et Côtes d'Armor.

L'inclusion des patients a duré 3 mois, de janvier à avril 2016.

Les patients inclus étaient choisis parmi ceux qui se présentaient au cabinet pour réaliser une thérapie par l'hypnose éricksonienne quel que soit le motif initial. L'unique critère d'inclusion était d'être sous BZD ou MA depuis plus de 3 mois, durée maximale de prescription selon les recommandations de la HAS. Les patients prenant ces médicaments dans le cadre d'une maladie épileptique ou pour un sevrage alcoolique étaient exclus.

2.2 Recueil des données

Les données ont été recueillies en deux temps, au moyen de deux questionnaires (*annexes 1, 2, 3 et 4*) qui ont été complétés dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat.

Les questionnaires initiaux ont été réalisés au cours du premier entretien de l'hypnothérapie par des médecins généralistes libéraux formés à l'hypnose éricksonienne. Ceux-ci ont été recrutés au sein du réseau professionnel de médecins formés avec l'IMHER.

Le consentement éclairé était alors demandé pour tous les patients au moyen d'un formulaire écrit (*annexe 5*).

Le premier questionnaire comprenait :

- Les caractéristiques sociodémographiques ;
- La description du traitement en cours par BZD ou MA (nom du ou des médicaments, leur posologie, la date d'instauration, le prescripteur ainsi que l'indication initiale) ;
- La prise d'un traitement antidépresseur ou neuroleptique ;
- La présence de co-addictions ;
- Le motif initial de l'hypnothérapie ;
- L'ECAB (*annexe 3*) ;
- Le questionnaire HAD (*annexe 4*).

Le second questionnaire a été réalisé par appel téléphonique, 6 mois après le début de l'hypnothérapie. Celui-ci a permis de recueillir :

- Le nombre de séances d'hypnose réalisé ;
- La participation à d'autres psychothérapies de manière concomitante et leur typologie ;
- La description du traitement en cours par BZD ou MA (Nom du ou des médicaments et leur posologie) ;
- La prise d'un traitement antidépresseur ou neuroleptique ;
- La survenue d'événements de vie intercurrents positifs ou négatifs ;
- La présence de co-addictions ;
- L'ECAB ;
- Le questionnaire HAD.

2.3 Analyse statistique

La saisie des données a été réalisée sur un tableau du logiciel Excel 2015 (Microsoft, USA). L'analyse descriptive des données a été effectuée à l'aide du logiciel XLSTAT (ADDINSOFT, France).

Les variables qualitatives ont été représentées sous forme de fréquences avec des intervalles de confiance pour un risque d'erreur α de 5% (IC 95%). Les variables quantitatives ont été exprimées par leur moyenne \pm écart-type et étendue ou médiane. La comparaison des variables quantitatives des deux groupes appariés a été faite au moyen du test t de student tandis que celles des variables qualitatives nominales a été réalisée par le test exact de Fisher. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative. Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel XLSTAT[®].

3. RÉSULTATS

3.1 Inclusion de l'étude

6 médecins généralistes formés à l'hypnose éricksonienne ont permis l'inclusion de 26 patients de janvier à avril 2016. Il n'y a eu aucun exclu mais 2 patients ont été perdus de vue, faute d'avoir été joignables pour répondre au questionnaire à 6 mois. Finalement, 24 patients ont été inclus dans l'étude.

3.2 Caractéristiques de la population

Les caractéristiques sociodémographiques des patients sont résumées dans le *tableau 1*.

Caractéristiques	n = 24	% [IC 95 %]
Sexe		
Féminin	17	71 [53 - 89]
Masculin	7	29 [11 - 47]
Âge (en années)		
Moyenne +- écart type	53 ±15	
Médiane	51	
Extrêmes	27 - 78	
Niveau d'études		
CAP / BEP	12	50 [30 - 70]
BAC	3	12,5 [0 - 26]
Études supérieures	9	37,5 [18 - 57]
Situation professionnelle		
Chômage	1	4 [0 - 12]
Actif	15	63 [43 - 82]
Retraité	8	33 [14 - 52]
Statut marital		
Célibataire	4	16,7 [2 - 32]
En couple	2	8 [0 - 19]
En couple avec enfants	18	75 [58 - 92]

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de la population (n=24).

3.3 Données recueillies avant l'hypnothérapie

3.3.1 Description de la consommation médicamenteuse

Sur le plan thérapeutique, 18 patients avaient un seul médicament de type BZD (75% (IC 95% [58 - 92])) et 6 en avaient deux (25% (IC 95% [8 - 42])). Sur la totalité des médicaments consommés, 19 étaient des BZD, soit 63% (IC 95% [46 - 81]) et 11 étaient des MA, soit 37% (IC 95% [19 - 54]).

La proportion des différentes molécules consommées dans la population de l'étude est résumée dans la *figure 1*. Les BZD prises par les patients étaient par ordre de fréquence :

- Alprazolam 30% (IC 95% [14 - 46]),
- Bromazépam 13% (IC 95% [1 - 25]),
- Prazépam 13% (IC 95% [1 - 25]),
- Oxazépam 3% (IC 95% [0 - 10]),
- Clotiazépam 3% (IC 95% [0 - 10]).

Les molécules apparentées aux BZD étaient par ordre de fréquence :

- Zolpidem 17% (IC 95% [3 - 30]),
- Lormétazépam 13% (IC 95% [1 - 25]),
- Zopiclone 3% (IC 95% [0 - 10]),
- Loprazolam 3% (IC 95% [0 - 10]).

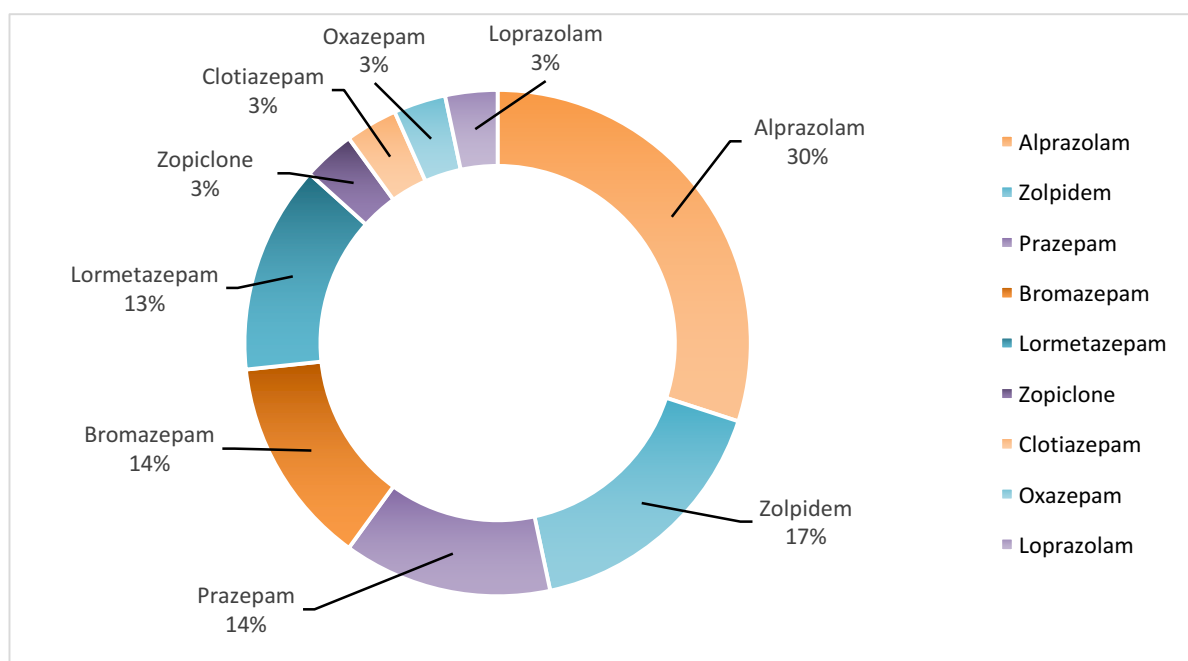


Figure 1. Fréquence des BZD et MA consommées (n=30).

Pour 22 des patients, soit 92% (IC 95% [81 - 100]), les traitements avaient été initiés par un médecin généraliste. Pour l'un d'entre eux, soit 4% (IC 95% [0 - 12]), la prescription initiale avait été délivrée par le psychiatre et le dernier qui représente 4% (IC95% [0 - 12]) de la population de l'étude avait débuté sa prise de BZD en milieu hospitalier.

La *figure 2* résume les différentes indications pour lesquelles les BZD avaient été initialement prescrites.

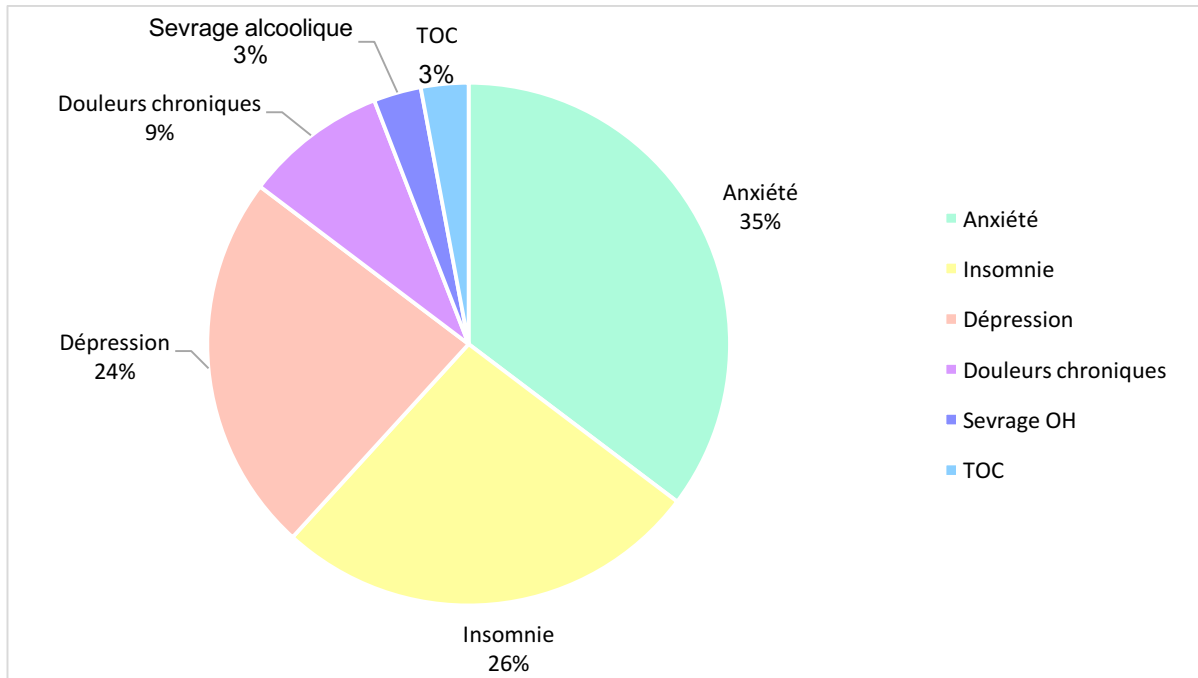


Figure 2. Indications initiales du traitement par BZD ou MA.

Les patients prenaient leur traitement depuis 33 mois en moyenne \pm 33,1 mois (médiane de 18,5 mois avec un minimum de 3 mois et un maximum de 104 mois).

La prise d'un traitement antidépresseur était retrouvée chez 16 patients, soit 67% de l'échantillon étudié (IC 95% [48 - 86]).

La dépendance à d'autres substances a également été recherchée : 17 patients n'avaient pas de co-addiction (71% (IC 95% [53 - 89])), 5 en avait une au tabac seul (21% (IC 95 % [5 - 37])), 1 à l'alcool seul (4% (IC 95 % [0 - 12])), et 1 à l'association des deux (4% (IC 95 % [0 - 12])).

3.3.2 Description de la dépendance ECAB

13 patients avaient un score ≥ 6 correspondant à une dépendance avérée au médicament (54% (IC 95 % [34 - 74])). La moyenne des scores ECAB était de $5,5 \pm 2,6$ avec un minimum de 0 et un maximum de 9.

3.3.3 Description des symptomatologies anxieuses et dépressives

Les symptomatologies anxieuses et dépressives ont été analysées au moyen du questionnaire HAD.

L'échelle HAD A montrait que 17 patients avaient une symptomatologie anxieuse certaine (71% (IC 95% [53 - 89])).

4 patients avaient une symptomatologie anxieuse douteuse (17% (IC 95% [2 - 32])), et 3 n'avaient aucune symptomatologie anxieuse (13% (IC 95% [0 - 26])).

L'évaluation de la symptomatologie dépressive avec l'échelle HAD D montrait que 4 patients avaient une symptomatologie certaine (17% (IC 95% [2 - 32])). 6 patients avaient une symptomatologie dépressive douteuse (25% (IC 95% [8 - 42])) et 14 n'avaient aucune symptomatologie dépressive (58% (IC 95% [39 - 78])).

3.4 La thérapie par l'hypnose

6 médecins ont participé à l'étude : l'un a inclus 16 patients, soit 67% (IC 95 % [48 - 86]) ; le second en a inclus 4, soit 17% (IC 95 % [2 - 32]) ; et les quatre autres en ont inclus 1 chacun, soit 4% (IC 95 % [0 - 12]).

Les patients ont eu une moyenne de $3 \pm 1,6$ séances d'hypnose, la médiane était de 3,5 avec un minimum de 1 séance et un maximum de 6 séances.

Nous avons recherché s'ils avaient expérimenté d'autres thérapies concomitantes. 16 n'avaient adhéré à aucune autre thérapie, soit 67% (IC 95 % [48 - 86]).

En revanche, 8 en avait une autre en parallèle de l'hypnose, soit 33% (IC 95 % [14 - 52]) : 5 ont suivi une psychothérapie avec un psychologue (21% (IC 95 % [5 - 37])) ; 1 avait fait de l'acupuncture (4% (IC 95 % [0 - 12])) et 1 avait expérimenté la sophrologie (4% (IC 95 % [0 - 12])).

La présence d'événement de vie intercurrent a été recherché. Pour 12 participants, rien de particulier ne s'était passé au cours des 6 mois (50% (IC 95 % [30 - 70])). 6 patients avaient eu un événement de vie qu'ils estimaient positif (25% (IC 95 % [8 - 42])), tandis que 6 patients avaient eu un événement de vie qu'ils estimaient négatif (25% (IC 95 % [8 - 42])).

3.5 Description des résultats « Avant-Après »

3.5.1 Évolution de la consommation sur 6 mois

Au total, sur les 24 patients, 10 ont complètement arrêté leur consommation en BZD ou MA soit 42% (IC 95% [22 - 61]), 7 ont diminué leur médication correspondant à 29% (IC 95% [11 - 47]), 5 ont gardé une consommation identique soit 21% (IC 95% [5 - 37]) et 2 ont majoré leur traitement soit 8% (IC 95% [0 - 19]). Les données sont rapportées dans la *figure 3*. L'arrêt de la consommation de BZD ou MA est statistiquement significative entre la période « avant » et « après » l'hypnothérapie éricksonienne ($p < 0,05$) (*tableau 2*).

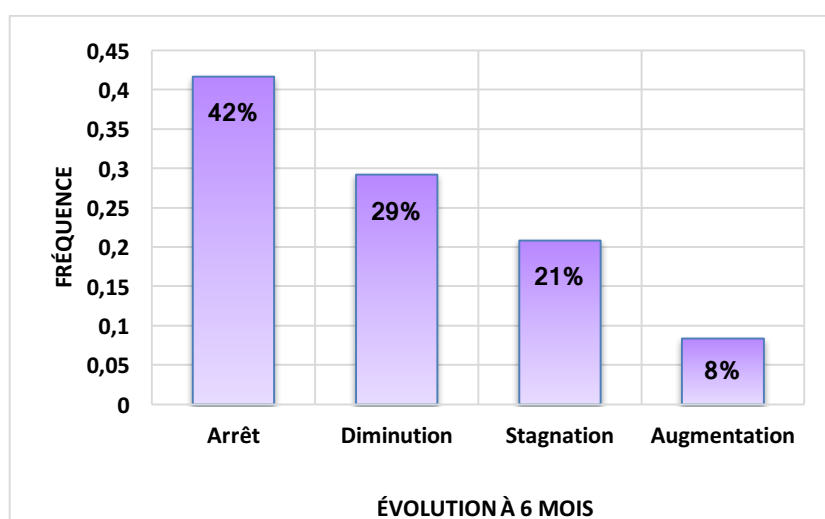


Figure 3. Évolution de la consommation médicamenteuse par les patients à 6 mois (n= 24).

Si on analyse la totalité des 30 molécules médicamenteuses consommées avant et après la réalisation de la thérapie, 12 ont été arrêtées (40% IC95% [22 - 58] , 8 ont été diminuées (27% (IC 95% [11 - 42])), 6 sont consommées à la même posologie ((20% IC95% [6 - 34])) et 4 ont été majorées (13% (IC 95% [1 - 25])). Aucun patient n'a augmenté le nombre de molécules consommées. L'arrêt du nombre de médicaments de type BZD ou MA est lui aussi statistiquement significative entre les deux périodes ($p < 0,05$) (*tableau 2*).

3.5.2 Comparaison de la consommation « Avant-Après »

L'analyse et la comparaison de la consommation en BZD ou MA ont été réalisées dans la population de l'étude d'une part et dans les sous-groupes de patients d'autre part. Ces derniers étaient classés en fonction de leur dépendance au traitement dans un premier temps puis en fonction de leur symptomatologie anxieuse et dépressive dans un second temps. Les résultats obtenus aux différents questionnaires permettaient d'obtenir les sous-groupes. Les résultats sont résumés dans le *tableau 2*.

	AVANT	% [IC 95%]	APRÈS	% [IC 95%]	<i>p value</i>
Médicaments					
BZD ou MA (n = 30)	30	100	18	60 [42 - 78]	0,0001
Consommation médicamenteuse par les patients					
BZD ou MA (n = 24)	24	100	14	58[39 - 78]	0,0006
1 seul médicament (n = 24)	18	75 [58 - 92]	11	46[26 - 66]	0,0076
2 médicaments (n = 24)	6	25 [8 - 42]	3	13[0 - 26]	0,1818
Chez les patients dépendants					
ECAB ≥ 6 (n = 24)	13	54 [34 - 74]	3	13 [0 - 26]	0,0001
BZD ou MA (n = 13)	13	100	8	62 [35 - 88]	0,0391
ECAB < 6 (n = 24)	11	46 [26 - 66]	21	88 [74 - 100]	0,0005
BZD ou MA (n = 11)	11	100	6	55 [25 - 84]	0,0351
Chez les patients anxieux					
HAD A ≥ 11 (n = 24)	17	71 [53 - 89]	7	29 [11 - 47]	0,0003
BZD ou MA (n = 17)	17	100	9	53 [29 - 77]	0,0026
HAD A < 11 (n = 24)	7	29 [11 - 47]	17	71 [53 - 89]	0,0003
BZD ou MA (n = 7)	7	100	5	71 [38 - 100]	0,4615
Chez les patients dépressifs					
HAD D ≥ 11 (n = 24)	4	17 [2 - 32]	0	0	0,0286
BZD ou MA (n = 4)	4	100	3	75 [33 - 100]	1
HAD D < 11 (n = 24)	20	83 [68 - 98]	24	100	0,1092
BZD ou MA (n = 20)	20	100	11	55 [33 - 77]	0,0012
Autres					
Antidépresseur (n = 24)	16	67 [48 - 86]	12	50 [30 - 70]	0,1012
Co-Addiction (n=24)	7	29 [11 - 47]	5	21 [5 - 37]	0,4615

Tableau 2. Analyse de la consommation avant et après l'hypnose.

3.5.3 Comparaison des échelles ECAB, HAD A et HAD D

« Avant-Après »

Les résultats obtenus aux différents questionnaires ont été reportés dans le *tableau 3*. La différence des moyennes des scores des patients est significativement différente pour chacun des questionnaires entre les deux périodes ($p < 0,05$).

Échelles	Moyenne AVANT ±	Moyenne APRÈS ±	<i>p-value</i>	IC 95%
	Écart-type	Écart-type		
ECAB	5,5 ±2,6	2,5 ± 2,5	< 0,0001	[1.8 ; 4.2]
HAD A	12,8 ± 4,0	9,3 ± 2,9	0,00042	[1.7 ; 5.3]
HAD D	7,0 ± 4,1	4,0 ± 2,0	< 0,0001	[1.9 ; 4.1]

Tableau 3. Comparaison des moyennes des scores des différentes échelles avant et après l'hypnose.

4. DISCUSSION

4.1 Analyse des principaux résultats

S'il s'agit d'une étude de faible puissance, tous les résultats montrent une influence positive de l'hypnose éricksonienne sur la consommation médicamenteuse en BZD et MA ainsi que sur les symptômes de type anxiété d'une part et de type dépressif d'autre part.

4.1.1 Population et consommation médicamenteuse

L'étude a permis l'inclusion d'un effectif réduit de patients, cependant la population étudiée est comparable à la population française exposée aux BZD et MA décrite dans le dernier état des lieux de la consommation des BZD et MA. En effet, selon le rapport de l'ANSM de décembre 2013⁴, 64,2% des consommateurs sont des femmes contre 71% dans notre étude, avec un âge médian de 56 ans contre 51 dans notre étude. 22% des consommateurs consomment 2 molécules de ce type de manière simultanée ce qui concorde également avec les 25% de notre échantillon.

De plus, dans l'analyse de la fréquence des différentes molécules prescrites, l'alprazolam est la molécule la plus consommée suivie par le zolpidem et le bromazépam⁴.

La durée moyenne de consommation est de 33 mois \pm 33,1 avec des extrêmes de 3 à 104 mois. L'ANSM rapporte que la moitié des consommateurs réguliers de BZD anxiolytiques prennent leur traitement en continu pendant 70,8 mois (temps médian d'utilisation) et la moitié des consommateurs en BZD hypnotiques pendant 60 mois².

Cette enquête nationale observe elle aussi que près de 90% de ces médicaments sont prescrits par des médecins généralistes ce qui concorde avec les résultats de notre étude².

Notre échantillon présente en majorité des troubles anxieux certains (71% de HAD A \geq 11) mais une faible partie présente des troubles dépressifs (17% de HAD D \geq 11). Toutefois, une grande majorité consomme des antidépresseurs (67% des patients de l'étude). On peut donc penser que soit leurs troubles dépressifs sont bien améliorés par leur traitement, soit les antidépresseurs sont eux aussi surprescrits et peu utiles chez ces personnes davantage anxieuses que dépressives.

4.1.2 Comparaison « Avant-Après » l'hypnothérapie

Nous avons pu observer une nette diminution de la consommation en BZD et MA entre la période avant et après l'hypnothérapie. Avec un pourcentage d'arrêt de 42% et un pourcentage de diminution de 29%, 71% de la population de l'étude a pu améliorer sa consommation médicamenteuse.

Le nombre de consommateurs de BZD et MA a significativement diminué 6 mois après le début de l'hypnothérapie éricksonienne ($p = 0,0006$).

Au vu de l'analyse en sous-groupes effectuée, on ne peut conclure à un résultat. En effet, les effectifs étaient trop faibles.

4.2 Forces et limites de l'étude

4.2.1 Choix méthodologique

Beaucoup d'études ont permis de démontrer l'efficacité de l'hypnose sur les troubles anxieux^{11,12}, les troubles du sommeil^{13,14} ou les troubles psychosomatiques¹⁵ mais aussi sur les addictions au tabac¹⁶. Toutefois, aucune n'a encore évalué son action sur les dépendances médicamenteuses. Il s'agit donc d'une enquête inédite de faible puissance mais permettant ainsi d'avoir une première vision d'ensemble sur les possibilités que pourrait apporter l'hypnothérapie dans la lutte contre la surconsommation en BZD et MA.

Le choix de ce type d'étude quasi expérimentale, prospective « Avant-Après » semble être bien adaptée à l'objectif attendu. Cependant, il s'agit d'une étude présentant de nombreux biais inhérent au type d'étude elle-même. En effet, il s'avère difficile de réaliser un essai thérapeutique comparatif randomisé en double aveugle, du fait de la technique de l'hypnose¹⁰.

4.2.2 Recrutement

En dépit du faible effectif de notre étude, la population choisie se trouvait représentative de la population consommatrice de BZD et MA en France². Les patients inclus se présentaient d'eux même pour la réalisation d'une thérapie par l'hypnose. Or, il s'agit d'une pratique encore peu connue du grand public, onéreuse, et encore peu reconnue dans le milieu médical et ainsi non remboursée par les caisses d'assurance maladie¹⁰. Certains patients qui auraient souhaité réaliser plus de séances d'hypnose ont pu être limités par le coût financier.

Par ailleurs, nous avons pu remarquer que les personnes âgées s'avèrent davantage réticentes à cette thérapie émergente dans le milieu médical occidental. Pourtant près d'un tiers des personnes de plus de 65 ans consomment des BZD ou MA en France, faisant de cette génération, la tranche d'âge la plus touchée par la surconsommation, et la plus à risque d'effets secondaires néfastes^{6,7}.

Il est à noter que 2 patients ont été perdus de vue malgré de multiples relances à 6 mois.

Malgré un réel enthousiasme initial de la part des médecins contactés pour participer à l'étude, peu d'entre eux ont pu collaborer. En effet, ces médecins qui utilisent l'hypnose éricksonienne dans leur pratique quotidienne voient la proportion de leur patientèle sous BZD et MA considérablement diminuer voire disparaître après plusieurs années d'expérience. L'hypnose médicale leur permet d'ailleurs l'éviction de la prescription médicamenteuse dans bien des domaines. D'autre part, 3 médecins n'ont pas pu participer du fait d'un manque de temps pour la réalisation des questionnaires auprès des patients. Finalement, le nombre de séances par patient était faible car une thérapie habituelle par l'hypnose compte en moyenne 5 séances^{10,17}.

Il est important de noter que le simple fait d'informer les patients sur la surconsommation en BZD et MA et les effets secondaires engendrés à court, moyen et long terme, pourrait influencer leur désir de diminuer voire d'arrêter le traitement médicamenteux avec ou sans hypnothérapie. Si bien que, beaucoup paraissent surpris à l'évocation de réévaluer leur traitement, dans la mesure où cela n'a jamais été évoqué par leur médecin traitant auparavant⁵.

La réalisation d'une autre psychothérapie non médicamenteuse en parallèle à l'hypnothérapie pourrait avoir influencé les résultats obtenus tout comme la survenue d'un évènement de vie positif ou négatif dans la vie du patient. Une analyse multivariée aurait pu limiter ce biais.

4.2.3 Recueil et analyse des données

Étant donné que l'enquêteur a inclus lui-même la majeure partie des patients (67%) et donc réalisé avec eux les séances d'hypnose, nous ne pouvons pas exclure une influence positive sur les résultats obtenus du fait d'un possible manque de subjectivité de la part des patients lors du second questionnaire à 6 mois.

En revanche, le faible niveau d'expérience de l'enquêteur en tant que jeune médecin nouvellement formé à cette pratique, ainsi que la difficulté de réaliser de vraies thérapies en remplacement de médecine générale pourrait laisser penser que dans des conditions plus usuelles de pratique de l'hypnose éricksonienne, les résultats auraient été encore plus concluants.

L'analyse des données a été faite par un seul auteur, le biais d'analyse et d'interprétation est intrinsèque à cette seule démarche. Cependant les données quantitatives et les données recueillies au moyen d'échelles validées (ECAB et échelle HAD) renforcent la pertinence des résultats.

4.3 Confrontations aux données de la littérature

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). L'évaluation de cette technique en médecine soulève de nombreuses questions, c'est pourquoi de plus en plus d'études sont engagées dans ce domaine, y compris en France¹⁰. Des études ont permis la mise en évidence d'une réelle amélioration des manifestations anxieuses, des troubles du sommeil et d'autres troubles psychosomatiques.

À ce jour, aucune étude n'a été réalisée sur l'hypnose et la consommation en BZD ou MA.

On retrouve par ailleurs des études confrontant hypnose et addiction au tabac¹⁶ permettant d'admettre une efficacité de la thérapie, et selon l'hypothèse que l'intervention thérapeutique pourrait améliorer d'autres addictions, par exemple aux psychotropes, aucune étude n'a été réalisée sur le sujet.

Cependant, la majorité de ces études sont de faible puissance.

En effet, la plupart des essais publiés ont des limites méthodologiques. 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 complexe, le patient étant totalement acteur à la thérapie hypnotique. 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 symptômes¹⁰.

Devant les besoins de la société actuelle d'argumentation et de preuves scientifiques quant à l'efficacité d'une thérapie, et grâce à l'avènement de la neuro-imagerie fonctionnelle, d'autres types d'étude sur l'hypnose ont permis de mettre en

exergue des modifications importantes dans l'activité neuronale qui se traduisent ensuite cliniquement par une attention focalisée, un contrôle somatique et émotionnel accru.^{18,19,20}

Aujourd'hui, les neurosciences, et plus précisément l'analyse du génome humain, ouvrent de nouvelles portes pour mettre en avant l'efficacité de l'hypnose et répondre aux multiples questions sur le sujet. Ernest-Lawrence ROSSI, spécialiste de l'hypnose mondialement reconnu, est l'un des auteurs contemporains ayant consacré le plus de temps à la recherche de preuves scientifiques de l'action du mental sur le corps et des bases physiologiques de l'action thérapeutique de l'hypnose. Ses recherches, encore en cours, permettraient de prouver scientifiquement la facilitation de la neurogénèse dans le cerveau humain grâce à l'hypnose, et permettre ainsi le traitement et la réadaptation psychocorporelle au niveau cellulaire-génétique-protéique dans tout le corps²¹.

4.4 Validité externe et perspectives

Avec le développement du nombre de formations à l'hypnose pour les professionnels médicaux et paramédicaux, ainsi que l'attrait certain se majorant pour les médecines alternatives, là où la médecine traditionnelle trouve ses limites, l'hypnothérapie pourrait être une ressource privilégiée en médecine générale^{10,21,22}.

Les premiers prescripteurs de BZD et MA sont les médecins généralistes eux-mêmes, on peut donc supposer que s'ils avaient d'autres clés en main pour soigner et accompagner leurs patients, on pourrait observer une diminution de la consommation médicamenteuse.

5. CONCLUSION

La surconsommation en BZD et MA est un problème qui intéresse avant tout la médecine générale puisque c'est dans ce domaine que l'on observe la majorité de leurs prescriptions.

Bien que d'autres études portant sur des échantillons plus importants soient nécessaires, nos résultats suggèrent que la thérapie par l'hypnose éricksonienne permet une amélioration significative de la consommation médicamenteuse tout en améliorant la symptomatologie anxieuse et dépressive.

L'hypnose, définie par Milton H. Erickson comme « un état naturel auquel chacun d'entre nous a la faculté intrinsèque d'accéder », est une thérapie qui permet au patient d'être au cœur de l'action thérapeutique, en participant pleinement à sa thérapie et en permettant des modifications au plus profond de lui-même.

Étant aujourd'hui en pleine expansion dans le domaine médical, l'hypnose médicale pourrait donc avoir une place particulièrement bénéfique dans le programme de lutte contre la surconsommation en BZD et MA. Elle pourrait être proposée d'une part dans l'aide au sevrage et d'autre part pour le traitement curatif de 1^{ère} intention des pathologies anxio-dépressives répondant aux demandes des organisations sanitaires de favoriser les thérapies non médicamenteuses.

La présente étude pourrait donc être une première piste pour la réalisation d'autres études plus puissantes sur de plus larges effectifs afin d'amener l'hypnose éricksonienne au cœur de la lutte contre la surconsommation en BZD et MA. Elle pourrait avoir une entière place en première intention dans le traitement des manifestations anxieuses permettant ainsi une diminution de la prescription des anxiolytiques et hypnotiques en médecine générale.

NOM et Prénom : GEOFFRION Julie

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

Influence de l'hypnose Éricksonienne sur la consommation en benzodiazépines et molécules apparentées.

Enquête quasi-expérimentale de type avant-après chez des patients sous traitement chronique en Ille-et-Vilaine et Côtes d'Armor.

Rennes, le

17/11/16

Bolekaume

Le Directeur de thèse

Rennes, le

24.11.2016

[Signature]
Le Président de jury

Professeur Patrick JEGO

Service de Médecine Interne

CHU RENNES - HOPITAL SUD

Tél. 02 99 26 71 20 - Fax: 02 97 26 71 93

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

28 NOV. 2016

Le Président de l'Université
de Rennes1

UNIVERSITÉ DE
RENNES 1

[Signature]
D. ALIS

6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (page consultée le 10/05/2016). Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances, [en ligne].
<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/2072/?sequence=5>
- (2) Billioti De Gage S. Benzodiazépines et risque de démence chez les sujets âgés. *European Psychiatry* [en ligne]. Novembre 2015, Vol. 30, (Issue 8, Supplément). [Consulté le 5/05/2016]. Disponibilité sur Internet :
<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933815003053>>
- (3) Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. (page consultée le 3/12/14). État des lieux en 2013 de la consommation des benzodiazépines en France – Point d'information [en ligne].
<http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-en-2013-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Point-d-Information>.
- (4) Furie A, Frêche B. Les déterminants du renouvellement des benzodiazépines et apparentées au-delà de trois mois. Une étude quantitative auprès de 187 médecins généralistes de Poitou-Charentes [Thèse de Doctorat de Médecine générale]. Poitiers : Faculté de médecine et pharmacie ; 2014.
- (5) Haute Autorité de Santé. (page consultée le 5/01/2016). Benzodiazépines hypnotiques au long cours : un intérêt thérapeutique limité, [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1756665/fr/benzodiazepines-hypnotiques-au-long-cours-un-interet-therapeutique-limite
- (6) Haute Autorité de Santé. (page consultée le 13/12/14). Troubles du sommeil : stop à la prescription systématique de somnifères chez les personnes âgées, [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1299994/fr/troubles-du-sommeil-stop-a-la-prescription-systematique-de-somniferes-chez-les-personnes-agees
- (7) Haute Autorité de Santé. (page consultée le 5/01/15). Modalités d'arrêt des BZD et médicaments apparentés chez le patient âgé, [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601509/fr/modalites-d-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age
- (8) Haute autorité de santé. (page consultée le 5/05/2016) Arrêt des benzodiazépines et molécules apparentées : démarche du médecin traitant en ambulatoire [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_rapport_elaboration_arret_benzodiazepines__2015_06_17.pdf

- (9) Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (page consultée le 6/07/2016). Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose - Revue de la littérature médicale scientifique et de la littérature destinée aux professionnels [en ligne]. <http://www.chu-rouen.fr/page/hypnose>
- (10) Holdevici, Irina, and Barbara Crăciun. Hypnosis in the Treatment of Patients with Anxiety Disorders. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [en ligne]. May 2013, Vol. 78, [Consulté le 15/04/15]. Disponibilité sur internet : <<http://www.sciencedirect.com.passerelle.univ-rennes1.fr/science/article/pii/S1877042813009026>>
- (11) Gombert S, Delamare B. Hypnose dans le sevrage des somnifères en médecine générale. Enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes formés à l'hypnose [Thèse de Doctorat de Médecine générale]. Rennes : Université de Rennes 1 ; 2016.
- (12) Abramowitz EG, Barak Y, Ben-Avi I, Knobler HI. Hypnotherapy in the treatment of chronic combat-related PTSD patients suffering from insomnia : a randomized, zolpidem-controlled clinical trial. *International Journal of Clinical Experimental Hypnosis* [en ligne]. July 2008, Vol. 56 (Issue 3), [Consulté le 5/01/15]. Disponibilité sur internet : <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18569138>>
- (13) Holdevici I, Craciun B. The use of Ericsonian hypnosis in somatic disorders. *Procedia Social and Behavioral Sciences* [en ligne]. 2012 ; Vol. 33, [Consulté le 15/04/15]. Disponibilité sur internet : <<http://www.sciencedirect.com>>
- (14) Faysal M. Hasan. Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation : results of a randomized controlled trial. *Complementary therapies in medicine* [en ligne]. February 2014, Vol. 22 (Issue 1), [Consulté le 15/04/15]. Disponibilité sur internet : <<http://www.sciencedirect.com>>
- (15) Mégglé D. Erickson, hypnose et psychothérapie. Paris : Retz ; 2005.
- (16) Jiang H, White MP, Greicius MD, Waelde LC, Spiegel D. Brain Activity and Functional Connectivity Associated with Hypnosis. *Cerebral Cortex* [en ligne]. July 2016 [consulté le 9/9/2016]. Disponibilité sur internet : <<http://cercor.oxfordjournals.org/content/early/2016/07/27/cercor.bhw220.full>>
- (17) Deeley Q. Hypnosis as a model of functional neurologic disorders. *Handbook of Clinical Neurology* [en ligne]. 2016 [consulté le 9/9/2016]. Disponibilité sur internet : <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128017722000096>>
- (18) Psychotherapy, therapeutic hypnosis and rehabilitation. (page consultée le 9/09/2016). The new neuroscience of psychotherapy, therapeutic hypnosis and rehabilitation : A creative dialogue with our genes. Disponibilité sur internet : <<http://www.ernestrossi.com>>

- (19) Desmars C, Delamare B. Intérêts de la pratique de l'hypnose ericksonienne en médecine générale : enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes formés à l'hypnose éricksonienne [Thèse de Doctorat de Médecine générale]. Rennes : Université de Rennes 1 ; 2011.
- (20) Rainville P, Hofbauer RK et al. Hypnosis modulates activity in brain Structures involved in regulation of consciousness. *Journal of Cognitive Neuroscience*. August 2002, Vol. 14, No. 6 [Consulté le 9/09/2016].
Disponibilité sur internet : <<http://cognet.mit.edu/journal/10.1162/089892902760191117>>

7. ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire avant hypnothérapie

MÉDECIN HYPNOTHERAPEUTE :

● ÉLÉMENTS PATIENTS

Age :

Sexe : M F

Niveau d'étude :

- CAP / BEP
- BAC
- Etudes supérieures

Profession :

Statut marital :

- seul
- en couple
- en couple avec enfants

● ÉLÉMENTS MÉDICAUX

Traitement(s) actuel(s) (noter toutes les BZD et/ou MA) :

Posologie(s) :

Date de début du traitement (MOIS/ANNÉE) :

Prescripteur initial :

- Médecin généraliste
- Spécialiste :

si oui lequel :

- Hospitalisation

Indication initiale à la prescription de BZD :

Traitement Antidépresseur ou Neuroleptique :

Co-addictions :

Motif de l'hypnothérapie :

Annexe 2. Questionnaire après hypnothérapie

Identité : N°

Nombre de séances d'hypnose :

Autre psychothérapie au cours des 6 derniers mois :

- NON
- OUI
-

Si OUI, laquelle ?

Évènements de vie intercurrents :

- NON
- OUI

SI OUI :

- POSITIF
- NÉGATIF

Traitement(s) actuel(s) (benzodiazépines et MA) :

Posologie(s) actuelle(s) :

Traitement antidépresseur :

- NON
- OUI

Co addictions :

Annexe 3. Échelle ECAB

Échelle ECAB

Échelle ECAB		
Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (attribuer 1 point en cas de réponse « vrai », sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux »)		
Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments tranquillisants et/ou somnifères que vous prenez.		
Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.		
Il est indispensable de répondre à toutes les propositions avec une seule réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.		
Nom du médicament concerné :		
	Vrai	Faux
1. OÙ que j'aïlle, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Ce médicament est pour moi comme une drogue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %.

SCORE ECAB =

Annexe 4. Échelle HAD

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

SCORE HAD A =

SCORE HAD D =

Annexe 5 : Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Explications sur l'étude concernant l'Hypnose et la consommation en BZD et MA.

A proposer à tous les patients consultant pour la réalisation de séances d'hypnose quelque soit le motif, et qui sont traités par BZD ou MA au long cours (> 12 semaines).

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et je prépare actuellement ma thèse.

Dans ce cadre, je mène une étude avec l'aide de médecins généralistes qui pratiquent l'hypnose en cabinet de ville en Bretagne et cette thérapie a une influence sur la consommation en anxiolytiques et hypnotiques chez des patients ayant un traitement au long cours.

Ainsi, je vous demande de répondre à 2 questionnaires : lors de l'entretien initial de l'hypnothérapie avec votre thérapeute et à 6 mois.

Je vous contacterai par téléphone pour répondre au questionnaire à 6 mois.

Les réponses seront anonymes.

Je vous remercie pour votre participation.

Cordialement.

Julie GEOFFRION

.....

Je suis d'accord pour participer à cette étude

et m'engage à répondre aux questionnaires.

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

- **Portable :**
- **Fixe :**

E-Mail :

GEOFFRION Julie : Influence de l'hypnose éricksonienne sur la consommation en benzodiazépines et

molécules apparentées. Enquête quasi-expérimentale avant-après chez des patients sous traitement chronique en Ille-et-Vilaine et Côtes d'Armor.

Résumé

Introduction : La surconsommation de benzodiazépines (BZD) et molécules apparentées (MA) est actuellement un problème de santé publique majeur en France. Ces médicaments psychotropes entraînent une forte pharmacodépendance et de nombreux effets secondaires néfastes pour les consommateurs réguliers. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'influence de la thérapie par l'hypnose éricksonienne sur la consommation en benzodiazépines et molécules apparentées chez des patients consommateurs chroniques.

Méthodologie : Une étude quasi expérimentale de type « avant-après » a été réalisée en Ille-et-Vilaine et Côtes d'Armor de janvier à septembre 2016. Les patients inclus étaient sous BZD ou MA depuis plus de 3 mois et choisis parmi ceux qui se présentaient au cabinet pour réaliser une hypnothérapie. Les données étaient recueillies à l'inclusion puis à 6 mois, au moyen de questionnaires. Le critère d'évaluation principal était la consommation de BZD et MA. Les critères d'évaluation secondaires portaient sur la dépendance au médicament et sur les manifestations anxio-dépressives.

Résultats : 26 patients ont été inclus dans l'étude, 2 ont été perdus de vue. La population était constituée de 71% de femmes, de 53 ans en moyenne. À 6 mois, les résultats montrent que 14 patients ont poursuivi leur consommation en BZD ou MA, soit 58% de la population étudiée, traduisant une différence significative entre les 2 périodes ($p < 0,006$). L'évolution de la consommation révèle que 42% des patients ont arrêté leur traitement, 29% ont diminué leur dose de médicament, 21% ont une consommation identique et 8% ont augmenté leur traitement. La dépendance médicamenteuse, ainsi que les manifestations anxieuses et dépressives diminuaient significativement.

Conclusion : Cette étude révèle un bénéfice de l'hypnothérapie éricksonienne sur la consommation chronique de BZD et MA, tout en améliorant la symptomatologie anxieuse et dépressive. Une étude plus puissante pourrait permettre de conforter nos résultats et mettre en avant l'hypnose en tant que thérapie non médicamenteuse pour la lutte contre la surconsommation en benzodiazépines et molécules apparentées en médecine générale.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Hypnose, benzodiazépine, surconsommation, étude quasi-expérimentale, anxiété, dépendance

Mots-clés anglais MeSH : Hypnosis, benzodiazepine, overconsumption, quasi-experimental study, anxiety, addiction

JURY : Président : Monsieur le Professeur JÉGO Patrick

Assesseurs : Madame le Docteur DELAMARE Bénédicte [directeur de thèse]
Monsieur le Professeur ROBERT Gabriel
Monsieur le Professeur MÉNER Éric

Adresse de l'auteur : 4, rue René Dumont – 35700 RENNES

