



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

**THÈSE EN VUE DU
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

Sarah Lou MAMOUNE BAYYARI

née le 21 septembre 1992 à Nantes (44)

**Hypnothérapie et
insomnie : revue
narrative de la
littérature**

**Thèse soutenue à RENNES le 03
juillet 2020**

devant le jury composé de :

Éric BELLISSANT

PU-PH-Doyen de la faculté de médecine de Rennes
-Président du jury

Florian NAUDET

PU-PH-Thérapeutique médecine de la douleur-
Assesseur

Éric MENER

PA-Directeur du département de Médecine
Générale de Rennes-Assesseur

Julien POIMBOEUF

CCU-Docteur en médecine générale à Rennes
-Directeur de thèse



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

**THÈSE EN VUE DU
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

Sarah Lou MAMOUNE BAYYARI

née le 21 septembre 1992 à Nantes (44)

**Hypnothérapie et
insomnie : revue
narrative de la
littérature**

**Thèse soutenue à RENNES le 03
juillet 2020**

devant le jury composé de :

Éric BELLISSANT

PU-PH-Doyen de la faculté de médecine de Rennes
-Président du jury

Florian NAUDET

PU-PH-Thérapeutique médecine de la douleur-
Assesseur

Éric MENER

PA-Directeur du département de Médecine
Générale de Rennes-Assesseur

Julien POIMBOEUF

CCU-Docteur en médecine générale à Rennes
-Directeur de thèse

| PROFESSEURS DES UNIVERSITES | | | |
|------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| NOM | PRENOM | TITRE | CNU |
| ANNE-GALIBERT | Marie-Dominique | PU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| BARDOU-JACQUET | Edouard | PU-PH | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| BELAUD-ROTUREAU | Marc-Antoine | PU-PH | Histologie; embryologie et cytogénétique |
| BELLISSANT | Eric | PU-PH | Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie |
| BELOEIL | Hélène | PU-PH | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |
| BENDAVID | Claude | PU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| BENSALAH | Karim | PU-PH | Urologie |
| BEUCHEE | Alain | PU-PH | Pédiatrie |
| BONAN | Isabelle | PU-PH | Médecine physique et de réadaptation |
| BONNET | Fabrice | PU-PH | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale |
| BOUDJEMA | Karim | PU-PH | Chirurgie viscérale et digestive |
| BOUGUEN | Guillaume | PU-PH | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| BRASSIER | Gilles | PU-PH | Neurochirurgie |
| CARRE | François | PU-PH | Physiologie |
| CATROS | Véronique | PU-PH | Biologie cellulaire |
| CATTOIR | Vincent | PU-PH | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| CORBINEAU | Hervé | PU-PH | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| CUGGIA | Marc | PU-PH | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| DARNAULT | Pierre | PU-PH | Anatomie |
| DAVID | Véronique | PU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| DAYAN | Jacques | Professeur associé | Pédopsychiatrie; addictologie |
| DE CREVOISIER | Renaud | PU-PH | Cancérologie; radiothérapie |
| DECAUX | Olivier | PU-PH | Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie |
| DESRUES | Benoît | PU-PH | Pneumologie; addictologie |
| DONAL | Erwan | PU-PH | Cardiologie |
| DRAPIER | Dominique | PU-PH | Psychiatrie d'adultes; addictologie |
| DUPUY | Alain | PU-PH | Dermato-vénéréologie |
| ECOFFEY | Claude | PU-PH | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |
| FERRE | Jean-Christophe | PU-PH | Radiologie et imagerie Médecine |
| FEST | Thierry | PU-PH | Hématologie; transfusion |
| FLECHER | Erwan | PU-PH | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| GANDEMER | Virginie | PU-PH | Pédiatrie |
| GANDON | Yves | PU-PH | Radiologie et imagerie Médecine |
| GANGNEUX | Jean-Pierre | PU-PH | Parasitologie et mycologie |

| NOM | PRENOM | TITRE | CNU |
|---------------------|------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| GARIN | Etienne | PU-PH | Biophysique et médecine nucléaire |
| GAUVRIT | Jean-Yves | PU-PH | Radiologie et imagerie Médecine |
| GODEY | Benoit | PU-PH | Oto-rhino-laryngologie |
| GUGGENBUHL | Pascal | PU-PH | Rhumatologie |
| GUILLÉ | François | PU-PH | Urologie |
| GUYADER | Dominique | PU-PH | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| HAEGELEN | Claire | PU-PH | Anatomie |
| HOUOT | Roch | PU-PH | Hématologie; transfusion |
| JEGO | Patrick | PU-PH | Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie |
| JEGOUX | Franck | PU-PH | Oto-rhino-laryngologie |
| JOUNEAU | Stéphane | PU-PH | Pneumologie; addictologie |
| KAYAL | Samer | PU-PH | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| LAMY DE LA CHAPELLE | Thierry | PU-PH | Hématologie; transfusion |
| LAVIOLLE | Bruno | PU-PH | Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie |
| LAVOUE | Vincent | PU-PH | Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale |
| LE BRETON | Hervé | PU-PH | Cardiologie |
| LE TULZO | Yves | PU-PH | Réanimation; médecine d'urgence |
| LECLERCQ | Christophe | PU-PH | Cardiologie |
| LEDERLIN | Mathieu | PU-PH | Radiologie et imagerie Médecine |
| LEJEUNE | Florence | PU-PH | Biophysique et médecine nucléaire |
| LEVEQUE | Jean | PU-PH | Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale |
| LIEVRE | Astrid | PU-PH | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| MABO | Philippe | PU-PH | Cardiologie |
| MAHE | Guillaume | PU-PH | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| MATHIEU-SANQUER | Romain | PU-PH | Urologie |
| MENER | Eric | Professeur associé | Médecine générale |
| MEUNIER | Bernard | PU-PH | Chirurgie digestive |
| MOIRAND | Romain | PU-PH | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| MORANDI | Xavier | PU-PH | Anatomie |
| MOREL | Vincent | Professeur associé | Médecine palliative |
| MOSSER | Jean | PU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| MOURIAUX | Frédéric | PU-PH | Ophthalmologie |
| MYHIE | Didier | Professeur associé | Médecine générale |
| NAUDET | Florian | PU-PH | Thérapeutique-Médecine de la douleur ; addictologie |
| ODENT | Sylvie | PU-PH | Génétique |
| OGER | Emmanuel | PU-PH | Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie |

| NOM | PRENOM | TITRE | CNU |
|-----------------|---------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| PARIS | Christophe | PU-PH | Médecine et santé au travail |
| PERDRIGER | Aleth | PU-PH | Rhumatologie |
| PLADYS | Patrick | PU-PH | Pédiatrie |
| RAVEL | Célia | PU-PH | Histologie; embryologie et cytogénétique |
| RENAUT | Pierric | Professeur associé | Médecine générale |
| REVEST | Mathieu | PU-PH | Maladies infectieuses; maladies tropicales |
| RIFFAUD | Laurent | PU-PH | Neurochirurgie |
| RIOUX-LECLERCQ | Nathalie | PU-PH | Anatomie et cytologie pathologiques |
| ROBERT-GANGNEUX | Florence | PU-PH | Parasitologie et mycologie |
| ROPARS | Mickaël | PU-PH | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| SAINT-JALMES | Hervé | PU-PH | Biophysique et médecine nucléaire |
| SAULEAU | Paul | PU-PH | Physiologie |
| SEGUIN | Philippe | PU-PH | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |
| SEMANA | Gilbert | PU-PH | Immunologie |
| SIPROUDHIS | Laurent | PU-PH | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| SOMME | Dominique | PU-PH | Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie |
| SOULAT | Louis | Professeur associé | Médecine d'urgence |
| SULPICE | Laurent | PU-PH | Chirurgie viscérale et digestive |
| TADIÉ | Jean-Marc | PU-PH | Réanimation; médecine d'urgence |
| TARTE | Karin | PU-PH | Immunologie |
| TATTEVIN | Pierre | PU-PH | Maladies infectieuses; maladies tropicales |
| THIBAUT | Ronan | PU-PH | Nutrition |
| THIBAUT | Vincent | PU-PH | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| THOMAZEAU | Hervé | PU-PH | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| TORDJMAN | Sylvie | PU-PH | Pédopsychiatrie; addictologie |
| VERHOYE | Jean-Philippe | PU-PH | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| VERIN | Marc | PU-PH | Neurologie |
| VIEL | Jean-François | PU-PH | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| VIGNEAU | Cécile | PU-PH | Néphrologie |
| VIOLAS | Philippe | PU-PH | Chirurgie infantile |
| WATIER | Eric | PU-PH | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; BRUlogie |
| WODEY | Eric | PU-PH | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |
| BOUGET | Jacques | Professeur des Universités EMERITE | Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie |
| BRETAGNE | Jean-François | Professeur des Universités EMERITE | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| BRISOT | Pierre | Professeur des Universités EMERITE | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |

| NOM | PRENOM | TITRE | CNU |
|------------|---------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------|
| CHALES | Gérard | Professeur EMERITE | Rhumatologie |
| DAUBERT | Jean-Claude | Professeur des Universités EMERITE | Cardiologie |
| DEUGNIER | Yves | Professeur des Universités EMERITE | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| EDAN | Gilles | Professeur des Universités CONSULTANT | Neurologie |
| HUSSON | Jean-Louis | Professeur des Universités EMERITE | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| HUTEN | Denis | Professeur des Universités EMERITE | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| LEGUERRIER | Alain | Professeur des Universités EMERITE | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| MALLEDANT | Yannick | Professeur des Universités EMERITE | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |
| MICHELET | Christian | Professeur des Universités EMERITE | Maladies infectieuses; maladies tropicales |

| MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES 2019 (1/09/2019) | | | |
|---------------------------------------------------------|-----------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------|
| NOM | PRENOM | TITRE | SOUS-SECTION CNU |
| ALLORY | Emmanuel | MCF associé | Médecine générale |
| AME-THOMAS | Patricia | MCU-PH | Immunologie |
| AMIOT | Laurence | MCU-PH | Hématologie ; transfusion |
| ANSELMI | Amédéo | MCU-PH | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BANATRE | Agnès | MCF associé | Médecine générale |
| BEGUE | Jean Marc | MCU-PH | Physiologie |
| BERTHEUIL | Nicolas | MCU-PH | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| BOUSSEMART | Lise | MCU-PH | Dermato-vénérologie |
| BROCHARD | Charlène | MCU-PH | Physiologie |
| CABILIC | Florian | MCU-PH | Biologie cellulaire |
| CASTELLI | Joël | MCU-PH | Cancérologie ; radiothérapie |
| CAUBET | Alain | MCU-PH | Médecine et santé au travail |
| CHAPRON | Anthony | MCF | Médecine générale |
| CHHOR-QUENIART | Sidonie | MCF associé | Médecine générale |
| CORVOL | Aline | MCU-PH | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| DAMERON | Olivier | MCF | Informatique |
| DE TAYRAC | Marie | MCU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| DEGEILH | Brigitte | MCU-PH | Parasitologie et mycologie |
| DROITCOURT | Catherine | MCU-PH | Dermato-vénérologie |
| DUBOURG | Christèle | MCU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| DUGAY | Frédéric | MCU-PH | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| EDELIN | Julien | MCU-PH | Cancérologie ; radiothérapie |
| FIQUET | Laure | MCF associé | Médecine générale |
| GANGLOFF | Cédric | MCF associé | Médecine d'urgence |
| GARLANTEZEC | Ronan | MCU-PH | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| GOUIN épouse THIBAUT | Isabelle | MCU-PH | Hématologie ; transfusion |
| GUILLET | Benoit | MCU-PH | Hématologie ; transfusion |
| JAILLARD | Sylvie | MCU-PH | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| KALADJI | Adrien | MCU-PH | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| KAMMERER-JACQUET | Solène-Florence | MCU-PH | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LAVENU | Audrey | MCF | sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé |
| LE GALL | François | MCU-PH | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LEMAITRE | Florian | MCU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; Addictologie |
| MARTINS | Pédro Raphaël | MCU-PH | Cardiologie |
| MENARD | Cédric | MCU-PH | Immunologie |
| MICHEL | Laure | MCU-PH | Neurologie |
| MOREAU | Caroline | MCU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| MOUSSOUNI | Fouzia | MCF | Informatique |
| PANGAULT | Céline | MCU-PH | Hématologie ; transfusion |
| ROBERT | Gabriel | MCU-PH | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| SCHNELL | Frédéric | MCU-PH | Physiologie |
| THEAUDIN épouse SALIOU | Marie | MCU-PH | Neurologie |
| TURLIN | Bruno | MCU-PH | Anatomie et cytologie pathologiques |
| VERDIER épouse LORNE | Marie-Clémence | MCU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; Addictologie |
| ZIELINSKI | Agata | MCF | Philosophie |

Remerciements

A Monsieur le Professeur Eric BELLISSANT, doyen de la faculté de médecine de Rennes

Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse, permettez-moi de vous témoigner mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Florian NAUDET, professeur universitaire médecine de la douleur, addictologie

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail, et de tes précieux conseils durant mon stage au sein du département de médecine générale. Sois assuré de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Eric MENER, président du département de médecine générale

Je te remercie de t'être rendu disponible pour juger mon travail, ainsi que de ton précieux accompagnement durant mon internat et de m'avoir fait découvrir ce merveilleux outil qu'est l'hypnose.

A Docteur Julien POIMBOEUF, chef de clinique du département de médecine générale

Un grand merci à toi d'avoir accepté de diriger cette thèse. Ta patience, rigueur et bienveillance m'ont été d'une aide précieuse. Cela a été un réel plaisir de partager ce travail avec toi.

Aux équipes médicales et paramédicales de Ploërmel, de la clinique Saint Laurent, de Lorient, qui m'ont accompagné et appris mon métier de médecin, avec bienveillance. Je remercie particulièrement le Dr Rozenn LEBERRE, Dr Juliette BERTHY, Dr Laetitia MERIN et le Dr Céline MALABRY pour vos précieux conseils.

A ma famille, mon père, ma mère et mes sœurs jumelles pour votre amour éternel, et votre soutien. Je tiens à remercier tout particulièrement Yasmine pour tes relectures, et ton aide dans ce travail. Enfin, un grand merci à Mahmoud pour ta présence, ta motivation et ton optimisme au quotidien. Je vous aime.

A mes amis d'enfance, de danse et de la faculté de médecine pour votre soutien quotidien.

A Lucie et Fiona pour ce trio de travail, d'amitié et d'amour.

Table des matières

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction | 9 |
| 1. L'insomnie | 9 |
| 1.1 Définition..... | 10 |
| 1.2 Prise en charge de l'insomnie..... | 10 |
| 2. L'hypnose..... | 11 |
| 3. Hypnose et insomnie | 12 |
| 4. Hypnose et ses recommandations..... | 13 |
| 5. Objectif de la revue | 13 |
| Matériels et méthodes : | 14 |
| 1. Revue narrative de la littérature | 14 |
| 2. Identification des études..... | 14 |
| 2.1 Bases de données | 14 |
| 3. Sélection des études | 16 |
| 4. Analyse des résultats | 16 |
| Résultats | 17 |
| 1. Inclusion et éligibilité..... | 17 |
| 2. Caractéristiques principales des études sélectionnées : de l'étude de cas, à l'étude randomisée contrôlée | 17 |
| 3. Analyse qualitative concernant la méthodologie des études incluses (Annexe 4 -9)..... | 18 |
| 3.1. Populations des études..... | 18 |
| 3.2 Mesures du critère de jugement principal..... | 18 |
| 3.3 Plan expérimental | 18 |
| 3.4. Intervention : hypnothérapie..... | 19 |
| 3.5 Hypnose et traitement à visée hypnotique | 20 |
| Discussion | 21 |
| 1. Forces de l'étude | 22 |
| 2. Limites de l'étude..... | 22 |
| Bibliographie | 23 |
| Glossaire | 28 |
| Annexes | 29 |

Liste des documents annexés

ANNEXE 1 : Critère SANRA : Grille d'évaluation des revues narratives de la littérature

ANNEXE 2 : Critères IDEAL

ANNEXE 3 : tableau 1 : Caractéristiques principales des études incluses

ANNEXE 4 : tableau 2 : Analyse qualitative des études, rapports, séries de cas

ANNEXE 5 : tableau 3 : Analyse qualitative des études pré-post intervention non contrôlées

ANNEXE 6 : tableau 4 : Analyse qualitative des études randomisées contrôlées

ANNEXE 7 : tableau 5 : Classification des techniques d'hypnose dans les études, rapports, séries de cas

ANNEXE 8 : tableau 6 : Classification des techniques d'hypnose des études pré-post intervention non contrôlées

ANNEXE 9 : tableau 7 : Classification des techniques d'hypnose des études randomisées contrôlées

Liste des illustrations

Figure 1 : Diagramme de flux

Introduction

1. L'insomnie

1.1 Définition

L'insomnie est une pathologie fréquente en France. Elle est définie par l'HAS comme « le ressenti d'une insuffisance de l'installation ou du maintien du sommeil, ou d'une mauvaise qualité restauratrice, associée à des retentissements diurnes à l'état de veille : fatigue, perte de concentration, manque de mémoire, morosité ou irritabilité, erreurs dans la réalisation de tâches »⁽¹⁾. La classification DSM-V différencie l'insomnie des autres troubles du sommeil comme la narcolepsie, le syndrome d'apnée du sommeil ou le syndrome des jambes sans repos. On parle d'insomnie chronique pour les insomnies de plus de 3 mois⁽²⁾.

L'insomnie chronique touche 13,1% des 18-75 ans, 16,9 % des femmes et 9,1 % des hommes⁽³⁾. Elle entraîne à long terme des risques pour la santé : troubles de l'humeur, absentéisme, augmentation du risque d'obésité et de diabète, risques cardio-vasculaires et accidents de la route^(4,5).

1.2 Prise en charge de l'insomnie

Les thérapeutiques médicamenteuses sont très utilisées pour lutter contre l'insomnie. La France se situe en Europe au 2ème rang de la consommation de benzodiazépines avec 117 millions de boîtes de benzodiazépines vendues en 2015⁽⁶⁾. 65 % des consommateurs sont des femmes, avec un âge médian de 57 ans. Bien que la consommation des hypnotiques ait diminuée de 12,8 % entre 2012 et 2018, les données de l'assurance maladie en 2015 révèlent que 13,4 % des Français ont consommé au moins une fois une benzodiazépine en 2015. En outre, les nouveaux consommateurs d'anxiolytiques et d'hypnotiques sont de plus en plus jeunes avec un âge médian de 49 ans.

L'ANSM énumère les risques potentiels liés à ces substances : affections psychiatriques, trouble du comportement, altération de l'état de conscience, altération des capacités de conduite, risque de chute. En effet, le risque de chute est deux fois plus élevé chez les femmes de plus de 60 ans que chez les femmes du même âge ne consommant pas de benzodiazépines⁽⁷⁾. L'effet thérapeutique diminue dans les 2 à 4 semaines entraînant une tolérance de la molécule, puis s'installe une dépendance psychique et physique, surtout en cas de consommation prolongée⁽⁶⁾.

L'HAS a publié en 2015 une aide au sevrage des benzodiazépines et apparentés en ambulatoire. Elle y rappelle les 4 benzodiazépines et les 2 médicaments apparentés remboursés pour la prise en charge de l'insomnie sévère à court terme : Estazolam, Loprazolam, Lormetazépam, Nitrazépam, Zopiclone et Zolpidem. Ces molécules ont des prescriptions limitées à 4 semaines d'administration non renouvelables⁽⁸⁾.

Concernant l'insomnie chronique, ce sont les thérapies non médicamenteuses qui sont recommandées en 1^{ère} intention. Parmi les thérapies non médicamenteuses, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), recommandées par l'HAS, sont cependant des thérapies peu développées en France et non remboursées. L'HAS dénonce le manque de praticiens formés en France⁽¹⁾.

L'hypnothérapie est une autre thérapie non médicamenteuse pratiquée en France. Elle se rapproche des TCC mais a l'avantage d'être une thérapie encore plus brève et pouvant être pratiquée en médecine générale.

2. L'hypnose

L'hypnose vient du mot « hypnos » en grec qui signifie le sommeil. L'hypnose est une pratique médicale qui s'est développée au 18^{ème} siècle bien que son origine soit issue d'une époque plus lointaine. En effet, des chercheurs ont trouvé des méthodes d'hypnose décrites sur des tablettes sumériennes en -4000. Des techniques datant de la Grèce Antique ont également été retrouvées.

L'INSERM définit la transe hypnotique comme un état modifié de conscience, qui n'est ni un état de vigilance ni un état de sommeil⁽⁹⁾. L'imagerie moderne comme le TEP Scanner et l'IRM fonctionnelle montrent effectivement qu'en état d'hypnose, on observe une désactivation du pré-cunéus, zone cérébrale normalement active lors des phénomènes conscients⁽¹⁰⁾. De plus, on constate une différence d'activation de zones cérébrales entre la pensée auto-biographique et l'hypnose avec une augmentation d'activité au niveau occipital (vision), pariétal (sensation) et pré-central (mouvement).

D'autres régions sont également modifiées lors d'une perception à des stimuli douloureux en état d'hypnose comme le cortex insulaire, préfrontal, pré moteur, tronc cérébral, thalamus, striatum et cortex somato-sensoriel primaire⁽¹¹⁾.

On peut utiliser l'hypnose dans trois grandes indications : l'hypnoanalgésie, l'hypnosédation et l'hypnothérapie.

L'hypnoanalgésie est utilisée à visée antalgique. Elle est pratiquée lors des soins techniques (prise de sang, pansement...), ou dans des centres anti-douleurs.

L'hypnosédation est utilisée à visée sédatrice. Elle a été développée par le Pr Faymonville et est utilisée par les anesthésistes depuis les années 1990. Elle combine l'hypnose et une sédation consciente intraveineuse. Cela consiste à utiliser des techniques de suggestions et la visualisation d'un vécu agréable prédéfini avec le patient avant la chirurgie, tout en associant une sédation consciente et une anesthésie locale.

L'hypnothérapie est utilisée à visée psychothérapeutique. Les indications sont « les mêmes que pour toutes psychothérapies » d'après le traité d'hypnothérapie d'Antoine Bioy⁽¹²⁾. Il existe plusieurs courants d'hypnothérapie.

- L'hypnose classique a été le principal courant utilisé pendant plus de 200 ans. Elle est souvent pratiquée en utilisant un côté directif et autoritaire de l'hypnothérapeute.
- L'hypnose Ericksonienne : ce courant accompagne le patient au lieu de le diriger. Le patient est au cœur de la thérapie. Le nom est issu de l'hypnothérapeute Milton Erickson. De ce courant sont nés d'autres courants plus modernes comme la nouvelle hypnose créée en 1979 par le sexologue Daniel Araoz, plus permissive et permettant

au patient d'être plus participatif⁽¹³⁾. L'hypnose humaniste créée dans les années 2000 permet au patient de s'ouvrir à plus de conscience et de faire un travail psychothérapeutique.

D'autres courants sont proposés également par l'institut français d'hypnose et l'INSERM comme l'hypnothérapie cognitive, l'hypnose intégrative, l'hypnose onirique, l'hypnothérapie analytique⁽⁹⁾...

L'hypnose est pratiquée en France par de nombreux thérapeutes, mais il n'existe pas de cadre légal précis pour encadrer ces pratiques. Dans le domaine universitaire, on recense 12 diplômes universitaires et 1 diplôme d'étude supérieure universitaire en France en 2015⁽⁹⁾. Il existe également des formations privées ou associatives, des formations dans le cadre de la formation continue et du développement professionnel continu.

3. Hypnose et insomnie

La transe hypnotique peut être décrite comme un état élevé de suggestibilité de relaxation, qui n'amène pas forcément au sommeil^(14,15). En effet, une différence a été constatée entre un enregistrement d'EEG réalisé pendant le sommeil par rapport à un enregistrement en état hypnotique⁽¹⁶⁾. Pendant le sommeil, on enregistre des ondes Delta alors que l'état hypnotique se trouve entre les ondes Alpha et Théta⁽¹⁷⁾.

Il existe une augmentation des ondes de sommeil profond sur les EEG chez des sujets sains en état d'hypnose et donc une meilleure fonction cognitive pré-frontale^(18,19).

L'hypnose agit sur l'insomnie en diminuant le niveau d'excitabilité nerveuse et de tension trop élevée chez les insomniaques⁽²⁰⁾. Les petits dormeurs étant physiologiquement plus éveillés avant le sommeil que les bons dormeurs^(21,22), l'hypnose agit en diminuant cet éveil physiologique⁽²³⁾.

4. Hypnose et ses recommandations

Une méta-analyse et une revue systématique de la littérature sur l'hypnose et l'insomnie ont été publiées en 2015 et 2018. La méta-analyse inclut 13 essais randomisés dont 6 portant sur l'hypnose et 7 sur l'entraînement autogène. La revue systématisée de 2018 inclut 24 essais randomisés sur l'hypnose et l'insomnie qui est évaluée en critère de jugement principal ou secondaire. Ces analyses quantitatives concluent dans plus de la moitié des études à un effet positif de l'hypnose sur l'insomnie. Cependant les auteurs mettent en doute leurs résultats du fait de la qualité méthodologique de la grande majorité des études.

De plus, on constate que le rapport de l'INSERM aborde l'insomnie dans les indications de l'hypnose utilisée en France. Les études portant sur l'insomnie ne sont pas incluses dans la revue du fait d'un nombre trop faible de sujets étudiés. Concernant les autres indications, le rapport indique que l'utilisation de l'hypnose lors d'une intervention chirurgicale, ou lors d'un acte de médecine ou de radiologie interventionnelle permet de diminuer la consommation de sédatifs et/ou antalgiques en per-opératoire ⁽⁹⁾.

En 2017, l'HAS recommande l'hypnose pour la prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans en complément des antalgiques et pour la prise en charge de la douleur lors de la 1ère phase de l'accouchement ^(24,25).

L'hypnose, comme toute thérapie complexe, présente davantage de difficultés dans la construction d'un essai clinique. En effet il est complexe de mettre en place une méthodologie adéquate pour évaluer son efficacité⁽²⁶⁾. Les critères IDEAL, utilisés pour les thérapies complexes comme la chirurgie ou l'exercice physique, abordent les étapes nécessaires à la réalisation d'une étude clinique à forte méthodologie. Ils soulignent l'importance des recherches qualitatives nécessaires aux développements des essais d'efficacité⁽²⁷⁾.

5. Objectif de la revue

Cette revue narrative de la littérature consiste à réaliser un recueil de tous les essais cliniques sur l'hypnose visant à traiter l'insomnie.

Son objectif est d'analyser les aspects qualitatifs de ces études, d'en ressortir les grands concepts et leurs limites méthodologiques.

Cette analyse a pour finalité la construction d'un essai clinique randomisé sur l'hypnothérapie et l'insomnie en médecine générale.

Matériels et méthodes :

1. Revue narrative de la littérature

Nous avons réalisé une revue narrative de la littérature utilisant des méthodes de revue systématique s'intitulant « revue narrative basée sur certaines techniques systématiques »⁽²⁸⁾ et inspirée de la méthodologie publiée sur la revue médicale suisse de 2019⁽²⁹⁾. Pour s'assurer d'une méthodologie de bonne qualité, nous nous sommes appuyés sur les critères SANRA⁽³⁰⁾ pour l'évaluation de notre travail.

2. Identification des études

2.1 Bases de données

Les bases de données utilisées pour cette revue étaient PubMed, Cochrane, BASE et PsycINFO. Nous avons utilisé aussi la littérature grise à l'aide de Google Scholar.

Nous avons utilisé des équations de recherche adaptées aux différentes bases de données. Les équations ont été construites à l'aide des mots MESH. Nous avons questionné les bases avec les termes suivants « *hypnosis* » « *hypnotherapy* » « *insomnia* » « *sleep initiation and*

maintenance disorders ». Nous avons également construit les équations à l'aide d'études princeps trouvées sur le sujet. Les recherches ont été menées jusqu'au 2/02/2020.

2.1.1 PubMed

PubMed est une base de données bibliographique dans le domaine biomédical. PubMed a été développée par le centre américain pour les informations biotechnologiques et est hébergée par la bibliothèque américaine de médecine et des instituts américains de la santé. L'université de Rennes1 nous donne accès à de nombreuses publications en version intégrale.

L'équation de recherche utilisée sur cette base de données pour répondre à ma question de recherche était la suivante :

("hypnosis"[Mesh]) AND ("sleep initiation and maintenance disorders"[Mesh])

Nous avons obtenu 69 résultats.

2.1.2 BASE

BASE est un moteur de recherche géré par la Bibliothèque de l'Université de Bielefeld et qui donne accès à de nombreuses données de recherche scientifique. Ce moteur de recherche met à disposition plus de 90 millions de documents provenant de 4000 sources différentes.

L'équation de recherche est la suivante :

("hypnosis") AND ("insomnia")

Nous avons obtenu 73 résultats.

2.1.3 PsycINFO

PsycINFO est une base de données bibliographique américaine regroupant la littérature spécialisée en psychologie. L'équation a été formée à partir des mots thésaurus et est la suivante :

((DE "Hypnosis") OR (DE "Hypnotherapy"))AND (DE "Insomnia")

Nous avons obtenu 57 résultats.

2.1.4 Cochrane

Cochrane est une bibliothèque comprenant de nombreuses bases de données bibliographiques médicales. Elle comprend 7 éléments : base des revues systématiques Cochrane, registre central Cochrane des essais contrôlés, base des résumés des revues des effets, registre méthodologique Cochrane, base d'évaluation des technologies de la santé et économique du NHS, Cochrane clinical answers. L'équation de recherche est la suivante :

[Sleep initiation and maintenance disorders] [hypnosis] #1 AND #2

Nous avons obtenu 5 résultats.

2.1.5 Littérature grise

Nous avons recherché des articles sur Google Scholar et à partir des références bibliographiques des études sélectionnées. Nous avons repéré 4 articles abordant notre sujet.

3. Sélection des études

Pour les 208 articles trouvés, nous avons procédé à la même méthode de sélection des articles pour chaque base de données. La sélection des articles s'est faite sur les titres et les résumés. Nous avons dans un premier temps exclu les articles doublons (n=45).

3.1 Critère d'exclusion

A partir du titre et du résumé, nous avons écarté les textes comportant les critères suivants :

- Articles n'associant ni l'hypnose ni l'insomnie (n= 75)
- Articles non disponibles en anglais ou en français (n=12)
- Articles non originaux (n=10)
- Patients mineurs (n=7)
- Insomnie en critère de jugement secondaire (n=2)

- Insomnie liée à une étiologie secondaire (syndrome apnée sommeil, narcolepsie) (n= 2)

Nous avons au total 55 articles sélectionnés après lecture du titre et du résumé.

4. Analyse des résultats

Cette analyse utilisait les recommandations des critères IDEAL⁽²⁷⁾ (Annexe 2). Ces critères sont utilisés en chirurgie ou dans d'autres thérapies complexes (thérapie physique, acupuncture). Lorsque la technique est innovante, les critères préconisent dans un premier temps la publication d'une étude de cas puis d'études rétrospectives ou prospectives non randomisées pour aider à la construction des essais randomisés de plus grande ampleur^(27,31).

Nous avons classé les études sélectionnées dans un premier temps selon le plan expérimental : étude de cas puis étude de plus grande échelle, jusqu'à l'étude randomisée contrôlée. Nous avons ensuite décrit les principales caractéristiques de ces études puis analysé les concepts importants qui ressortent de ces études.

Résultats

1. Inclusion et éligibilité

Nous avons sélectionné 55 articles en version intégrale dont 4 par la littérature grise. Après lecture en version intégrale des articles, nous avons exclu :

- Articles n'associant ni l'hypnose ni l'insomnie (n=9)
- Articles non disponibles en anglais ou en français (n=1)
- Articles n'étant pas un article original (n=11)
- Articles portant sur des patients mineurs (n=1)
- Articles portant sur l'insomnie en critère de jugement secondaire (n=2)

- Articles dont les versions intégrales n'étaient pas disponibles malgré une recherche approfondie avec l'aide de la bibliothèque de Rennes (n=5).

Nous avons obtenu 26 articles, dont 4 de la littérature grise (Figure 1).

2. Caractéristiques principales des études sélectionnées : de l'étude de cas à l'étude randomisée contrôlée

Nous avons sélectionné 11 études, séries et rapports de cas, 4 études pré-post intervention, et 11 essais randomisés contrôlés. Les études ont été publiées entre 1963 et 2018. 50 % des études trouvées sur le sujet ont été publiées avant les années 2000. Les études ont été publiées dans plus de 13 pays. Les États-Unis ont publié un grand nombre de ces études (8/26), avec l'Australie (3/26) et l'Angleterre (3/26). Les caractéristiques principales des études ont été détaillées dans l'Annexe 3.

3. Analyse qualitative concernant la méthodologie des études incluses (Annexe 4 -9)

3.1. Populations des études

Il pouvait s'agir d'étudiants^(23,32,33), de sujets âgés⁽³⁴⁾, de sujets sains⁽³⁵⁻³⁷⁾, de patients cancéreux⁽³⁸⁻⁴⁰⁾, de sujets souffrant d'anxiété⁽⁴¹⁻⁴⁴⁾ ou de dépression^(45,46). Pour d'autres études la dépression était un critère d'exclusion^(47,48). Certains critères ont été étudiés distinctement : dépressifs ou non dépressifs⁽⁵⁰⁾, femmes versus hommes⁽⁴⁵⁾. Les études^(37,40,34) critiquaient leurs résultats bien que positifs du fait d'un manque de représentativité de la population étudiée, ne permettant pas de les généraliser : patients avec un niveau socio-économique élevé^(34,37) ou peu d'hommes⁽³⁸⁾.

De plus, que l'étude soit une étude de cas, une étude pré-post intervention non contrôlée ou une étude randomisée contrôlée, le constat restait le même pour la quasi-totalité des auteurs : un nombre de sujets trop faible rendant les résultats peu significatifs et peu

représentatifs^(33,39,40,43,45,47-50,52). Le nombre de sujet nécessaire à inclure pour prouver son hypothèse a été décrit dans une seule étude⁽⁴⁸⁾.

3.2 Mesures du critère de jugement principal

3 études ont utilisé un critère mesurable comme la polysomnographie dans une série de cas⁽⁴⁹⁾, l'actigraphie dans une étude pré-post intervention⁽³³⁾, l'EMG pour enregistrer des mesures physiologiques en corrélation avec l'agenda du sommeil⁽²³⁾. Les autres critères étaient soit du déclaratif oral, téléphonique ou écrit, des questionnaires validés ou encore dans une grande partie l'utilisation d'un agenda du sommeil.

3.3 Plan expérimental

Parmi les 4 études pré-post intervention, 3 études cliniques ont associé l'hypnose à une autre thérapie complémentaire : relaxation⁽⁴⁵⁾ ou TCC^(33,50). Dans 2 des 11 études randomisées, l'hypnose a été combinée à une autre thérapie non médicamenteuse : la TCC⁽³⁸⁾ et la relaxation⁽³²⁾.

La nécessité de réaliser un groupe contrôle a été constatée dès 1970⁽³⁵⁾. Les groupes contrôles comprenaient différentes stratégies utilisant :

- Des thérapeutiques non médicamenteuses comme la relaxation^(23,32,53), l'exercice physique⁽⁵²⁾, le contrôle stimulus⁽³⁷⁾, l'éducation thérapeutique⁽³⁸⁾, l'imagerie mentale neutre^(23,37), l'ECT⁽⁴⁶⁾. Une seule étude utilisait l'hypnose neutre en groupe contrôle⁽⁴⁸⁾.
- Des thérapeutiques médicamenteuses : Zolpidem⁽⁵¹⁾, Nitrazépan⁽⁴⁷⁾
- L'absence de thérapeutiques actives (salle d'attente)⁽⁴⁰⁾.

Aucune étude n'était en double-aveugle.

3.4. Intervention : hypnothérapie

3.4.1 Déroulement des séances

La majorité des auteurs ont proposé des séances d'hypnose individuelles. Les séances d'hypnose se sont déroulées en groupe pour 3 études^(23,37,45). Les séances variaient pour la plupart entre 2 à 6 séances d'hypnose. Une seule étude a utilisé jusqu'à 100 séances⁽⁴¹⁾. Les séances variaient entre 10 minutes à une heure et demie. La durée moyenne de l'intervention était de 4 semaines.

3.4.2 Techniques d'hypnose

Les techniques d'hypnose utilisées dans chaque étude ont été détaillées dans l'Annexe 4, 5 et 6. Afin de les classer, nous nous sommes aidés des techniques d'hypnose décrites dans la publication de l'INSERM 2015 et avons réalisé les Annexes 7-9. Certaines études ont utilisé une seule technique isolée comme l'âge régression, ou la suggestion d'aller dormir mais pour une grande majorité des études, les thérapeutes ont utilisé diverses techniques simultanément. 3 des études n'ont pas détaillé leur technique d'hypnose^(46,50,53).

Concernant la technique utilisée, le contexte autour du patient semblait important à prendre en compte dans le choix de la technique. En effet, on a noté, dans un cas, l'importance du contexte religieux⁽⁵⁴⁾ avec des suggestions et métaphores portées sur la religion. Une étude soulignait l'importance de s'adapter à l'histoire du patient, à son style de communication et a proposé une hypnose centrée sur les symptômes du patient⁽⁵¹⁾. Une étude a abordé la croyance face au sommeil, l'auto-efficacité de chacun et a combiné les thérapies comportementales avec l'auto-hypnose⁽³³⁾. Une étude a émis l'hypothèse que l'anxiété pouvait être responsable de l'insomnie et a proposé de s'attaquer aux problèmes du patient dans le but d'améliorer son sommeil⁽⁴⁴⁾. Au contraire, dans une autre, les auteurs, ont différencié le traitement de l'insomnie, à celui des autres pathologies environnantes. Ils ont utilisé une hypnose portée uniquement sur des suggestions directes liées au sommeil⁽⁴¹⁾.

3.4.2 Provenance et justification des techniques utilisées

Concernant la provenance des techniques, 9 études ont utilisé leur propre technique d'hypnose^(33,36-41,55,56). Pour 4 de ces études, les auteurs avaient déjà publié leurs techniques dans des études précédentes^(33,37,38,56). Un des auteurs a développé sa technique d'auto-hypnose en se basant sur une technique déjà publiée par un autre auteur⁽⁴⁰⁾.

4 études ont utilisé une technique publiée dans d'autres études faisant partie de notre revue. Un auteur a décrit dans une étude de cas la technique qu'il a utilisée lors d'un essai randomisé^(37,56). Une série de cas⁽⁴⁹⁾ a modifié la technique d'hypnose d'une autre série de cas⁽³⁶⁾. Cette dernière étude a utilisé l'induction d'une étude randomisée précédemment publiée⁽²³⁾. Enfin, une étude randomisée⁽⁴⁸⁾ a utilisé la technique d'une autre étude randomisée pour son groupe d'hypnose neutre⁽²³⁾. Les autres études ont utilisé des techniques d'autres auteurs dont les études ne font pas partie de la revue^(23,34,42-44,48,51,52,54). 6 des études n'ont pas justifié la provenance de la technique utilisée^(32,35,45-47,50).

Concernant la justification des techniques utilisées, 7 études ont justifié la technique d'hypnose utilisée du fait de son efficacité dans une précédente publication^(38,39,40,49,51,52,56). 3 études ont justifié une partie seulement de leur technique issue d'une précédente publication^(36,37,40). 13 études n'ont pas justifié la technique utilisée^(23,32-35,41,43-45-48,50,53-55), bien que la plupart faisaient référence à des études publiées sur l'hypnose, la relaxation, ou les TCC utilisant des techniques différentes^(23,32-35,43,45-48,50,53,55).

3.4.4 Effets spécifiques de l'hypnose

Les résultats des études ont révélé dans la grande majorité un effet positif de l'hypnose sur l'insomnie. Cependant des auteurs s'interrogent : le résultat positif étudié était-il lié à un effet spécifique ou non spécifique ? Un effet placebo^(23,36,51)? D'autres mécanismes entrent-ils en jeu dans le résultat^(36,38,42)?

Pour répondre à ces interrogations, certaines études ont précisé que leurs patients se trouvaient bien en transe et non en simple relaxation ou état de sommeil. Ils ont parlé des signaux retrouvés en transe : « augmentation de la salivation », « sensation

d'engourdissement dans les doigts »⁽⁴⁶⁾, réponse idéo-motrice dans les doigts, « manque d'expression faciale »⁽⁴²⁾, « paralysie oculaire et manuelle induite et perte du réflexe à la piqûre d'aiguille »⁽⁵⁴⁾, catalepsie du bras ⁽³⁶⁾. 5 des études ont utilisé des échelles de suggestibilité à l'hypnose ^(32,34,39,49,54). De plus, des études ont proposé l'utilisation de critères objectifs ⁽²³⁾, d'évaluer la variation du résultat selon la sévérité et le type d'insomnie^(23,56) ou encore, d'évaluer l'hypnose seule^(34,35,38,51). L'étude la plus récente de la revue a souhaité comparer l'hypnose neutre en groupe contrôle et l'hypnose active⁽⁴⁸⁾. Les résultats n'ont pas montré de différence significative entre les deux groupes. Cependant l'auteur rapporte de nombreuses limites méthodologiques : nombre de sujets restreint, faible puissance, nombre de sujets nécessaires non respecté, perdus de vue importants.

3.5 Hypnose et traitement à visée hypnotique

Les médicaments à visée hypnotique étaient perçus comme inefficaces^(37,41,49) rendant somnolents, «groggy »^(35,41,54) voire dangereux⁽⁴⁷⁾ et à risque de dépendance^(35,40). Les 2 études comparant l'hypnose et les thérapeutiques médicamenteuses ont conclu à un meilleur sommeil dans le groupe hypnose ^(47,51). 3 études ont constaté un sevrage des molécules à visée hypnotique chez les patients du groupe hypnose^(36,44,47). 1 étude a proposé de remplacer les traitements médicamenteux pour dormir par de l'hypnose en complément de psychothérapie⁽⁴³⁾.

Discussion

Dans un premier temps, on a constaté une hétérogénéité dans la population étudiée : population d'âges différents, de pathologies variables, de critères d'inclusion et d'exclusion hétérogènes. On y trouve un nombre de sujets trop faible rendant les études peu significatives et non représentatives. A partir de ce constat, une étude à plus forte puissance avec le calcul d'un nombre de sujets serait nécessaire.

La grande majorité des études utilisaient des critères de mesures non quantifiables alors que la nécessité d'un critère objectif était déjà abordée dans les années 1970^(23,32,54). Ce résultat pourrait s'expliquer par la difficulté d'accès et le coût des critères de mesures objectifs comme la polysomnographie ou l'EEG.

Les techniques d'hypnose étaient très hétérogènes. On trouvait différentes techniques soit utilisées seules mais dans la majorité combinées. Les techniques provenaient soit des auteurs de la publication, soit d'autres auteurs dont les publications sont anciennes (1960-1990). Parmi les études récentes, peu ont évalué l'hypnose seule dans le traitement de l'insomnie. Certaines références provenaient d'autres thérapies. On retrouvait l'application des techniques comportementales (désensibilisation systématique⁽³⁵⁾, contrôle stimulus, correction de fausses idées de Wolpe (1982), technique de fantaisie dirigée de Feather and Rhoad (1972)⁽⁵⁴⁾ ou même basées sur des techniques proches de la relaxation^(23,35).

Ces techniques issues ou proches d'autres thérapies mettaient en doute l'effet spécifique de l'hypnose. Pour cela, ils ont proposé d'évaluer l'hypnose seule, d'analyser les composantes qui pouvaient associer l'hypnose ou encore d'utiliser un critère de mesure objectif. Il pourrait être intéressant de réaliser comme Cordi^(18,19) une étude évaluant l'effet de l'hypnose sur les ondes du sommeil mais chez des patients souffrant d'insomnie et non sur sujets sains.

Dans les études randomisées, les groupes contrôles étaient hétérogènes. Une seule étude a utilisé comme groupe contrôle de l'hypnose neutre. Il s'agissait d'une technique déjà publiée dans une étude précédente⁽²³⁾ et qui a été utilisée pour le groupe d'auto-relaxation. Cette technique a été également utilisée dans l'étude de Stanton⁽³⁷⁾ dans le groupe « placebo ». On pouvait alors se poser la question d'une technique d'hypnose trop proche du groupe

relaxation. D'autant plus que dans l'étude de Borkovec⁽²³⁾ le résultat avait démontré un effet positif sur le sommeil aussi bien dans le groupe hypnose que dans les groupes relaxation comparé à l'absence de thérapeutique.

Aucune des études n'a respecté le double-aveugle du fait de sa complexité de réalisation dans les études à thérapie non médicamenteuse. Dans la littérature, des auteurs s'étaient interrogés sur l'hypnose neutre comme placebo⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾. Un auteur a proposé d'utiliser une hypnose active spécifique sur les symptômes du patient, et une hypnose neutre utilisant des techniques de visualisation d'objet par exemple dans le groupe neutre. Une étude plus récente a évalué la faisabilité d'une hypnose factice et a démontré l'intérêt du « bruit blanc » pouvant être utilisé comme procédure inerte dans un groupe contrôle⁽⁶⁰⁾. Il s'agissait de séances d'hypnose factice (pour le groupe contrôle) et des séances d'hypnose active toutes menées grâce à des enregistrements audio. Cette technique a été ensuite utilisée dans une étude évaluant l'hypnose en complément des thérapeutiques médicamenteuses dans la prise en charge des bouffées de chaleurs⁽⁶¹⁾.

L'hétérogénéité des techniques d'hypnose, des groupes contrôles et l'absence de double aveugle résultait en grande partie de l'usage très vaste du terme hypnose. Il serait donc nécessaire dans un premier temps, de bien définir la technique d'hypnose et d'étudier son effet spécifique. Ensuite une hypnose factice pourrait être utilisée en groupe contrôle, afin de respecter le double-aveugle.

Enfin, les médicaments à visée hypnotique étaient abordés dans la grande majorité des études, avec la volonté de les remplacer par des thérapeutiques non médicamenteuses. Pour autant aucune étude dans la littérature n'a étudié l'effet de l'hypnose dans le sevrage des médicaments hypnotiques.

1. Force de l'étude

A notre connaissance, il s'agit d'une première revue narrative de la littérature prenant en compte aussi bien les études de cas que les essais randomisés sur l'hypnothérapie et l'insomnie, avec une méthode rigoureuse basée sur des techniques systématiques.

Ce travail apporte une connaissance supplémentaire dans le domaine de la recherche et des thérapies non médicamenteuses. Ces domaines de recherche sont nécessaires à la reconnaissance scientifique de ces thérapeutiques essentielles à notre médecine.

Enfin, il s'agit d'un travail en lien avec un protocole de recherche en médecine générale sur l'hypnose et le sevrage des benzodiazépines chez les patients insomniaques. Cette revue apporte une base solide et un raisonnement approfondi sur le sujet.

2. Limites de l'étude

Notre étude présentait cependant des limites. Certains articles n'ont pas pu être retrouvés en version intégrale, rendant les résultats non exhaustifs. A titre d'exemple, 2 articles provenaient d'Australie avec un délai d'obtention des documents trop long. Ce délai a été d'autant plus allongé du fait de la crise sanitaire mondiale liée au COVID 19.

Parmi les 204 articles sélectionnés, seulement 26 ont été inclus. Ce faible nombre d'études peut amener à nuancer les résultats de l'analyse finale. Les autres articles correspondaient souvent à d'autres thérapies non médicamenteuses comme les thérapies cognitivo-comportementales, l'entraînement autogène, l'imagerie guidée ou la relaxation. On pouvait supposer que des essais sur notre sujet ont pu être indexés dans d'autres équations de recherches non retrouvées lors de nos recherches bibliographies.

De plus, parmi les études sélectionnées, certains articles ont cité des références qui aurait pu être des éléments supplémentaires à la compréhension des essais mais qui n'étaient pas disponibles en ligne du fait de leur date de publication.

Enfin, lors de la classification des techniques d'hypnose, quelques techniques ne sont pas citées dans la classification d'INSERM, comme les « émotions » ou les techniques comportementales. Cette multiplicité de technique pouvait entraîner des biais d'interprétation dans notre analyse.

Conclusion

Cette revue a révélé l'hétérogénéité des études réalisées dans le domaine de l'hypnose thérapeutique et la nécessité d'adopter une méthodologie rigoureuse : nombre de sujets nécessaire, justification de la technique utilisée, critère de mesures objectif. Elle a notamment montré l'importance d'utiliser des critères comme IDEAL dans la construction de futures études sur le sujet. Ces critères sont utilisés de plus en plus largement pour la chirurgie, une version d'aide méthodologique a été proposée pour les thérapies physiques, et une version modifiée pour la radiothérapie. Dans le cadre de futurs travaux, une étude de cas serait donc nécessaire pour expliquer la technique d'hypnose utilisée à travers nos recherches. Des études à plus grande échelle seraient ensuite nécessaires pour évaluer sa faisabilité, sa tolérance, ou son acceptabilité : étude pilote, études qualitatives à partir de travaux de thèse d'exercice. Ces travaux renforceront les résultats du protocole de recherche sur l'hypnothérapie en cours au sein du département de médecine générale de Rennes.



SCOLARITE SANTE
BUREAU 3EME CYCLE

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : MAMOUNE Sarah Lou

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

Hypnothérapie et insomnie : revue narrative de la littérature, construction d'un essai clinique en médecine générale

Rennes, le 21/05/2020

Dr Julien Poimboeuf
Le Directeur de thèse

Rennes, le

28/05/20

Professeur E. BELLISSANT
DOYEN
Faculté de Médecine de Rennes

Pr Eric Bellissant
Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

10 JUIN 2020

Le Président de l'Université
de Rennes1

D. ALIS

Bibliographie

1. Sftg - Has. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. *Médecine du Sommeil*. 2007;4(14):5-27.
2. DSM-5 – American Psychiatric Association, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Elsevier Masson 2015;1176
3. Léger D. Le temps de sommeil en France / Sleep Time in France. *Baromètre santé France*. 2019;30.
4. Institut national veille et vigilance. *La somnolence au volant* 2018
5. Exercer. *Insomnie: l'iceberg*. Collège National des Généralistes Enseignants. 2017;51-9.
6. ANSM. *État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France*. 2017
7. Hartikainen S, Lönnroos E, Louhivuori K. Medication as a Risk Factor for Falls: Critical Systematic Review. *Journal of gerontology*. 2007 ;62(10):1172-81
8. HAS. *Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés: démarche du médecin traitant en ambulatoire. Recommandation de bonne pratique* 2015
9. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. *Inserm* 2015;213.
10. Faymonville M-E, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of Physiology-Paris* 2006;99(4-6):463-9.
11. Vanhaudenhuyse A, Boly M, Laureys S, Faymonville M-E. Neurophysiological correlates of hypnotic analgesia. *Contemporary Hypnosis* 2009;26(1):15-23.
12. Bioy A, Michaux D. *Traité d'hypnothérapie: fondements, méthodes, applications*. 2^{ème} Ed Dunod; 2019.
13. *L'Hypnose*. Institut Français d'Hypnose Humaniste & Hypnose Ericksonienne (IFHE)2020.
14. Paterson DC. Hypnosis: An Alternate Approach to Insomnia. *Can Fam Physician* 1982;28:768-70.
15. Gorton BE. The physiology of hypnosis. II. *Psych Quar* 1949;23(3):457-85.
16. Frederick J. Evans Ph.D. *Hypnosis and Sleep: the Control of Altered States of Awareness* 1999;4:232-237
17. Jemmer P. Getting in a brain wave state through entrainment, meditation and hypnosis. *National Council for Hypnotherapy*. 2009;24-9
18. Cordi MJ, Hirsiger S, Mérillat S, Rasch B. Improving sleep and cognition by hypnotic suggestion in the elderly. *Neuropsychologia* 2015;69:176-82.
19. Cordi MJ, Schlarb AA, Rasch B. Deepening Sleep by Hypnotic Suggestion. *Sleep* 2014;37(6):1143-52.
20. Serban-Lacramioara I, Padurariu M, Ciobica A, Cojocaru D, Lefter R. The role of hypnosis and related techniques in insomnia. *Archives of Biological Sciences*. 2013;65(2):507-10.
21. Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63(1):79-89.
22. Monroe LJ. Psychological and physiological differences between good and poor sleepers. *Journal of Abnormal Psychology* 1967; 72(3):255-64.

23. Borkovec TD, Fowles DC. Controlled investigation of the effects of progressive and hypnotic relaxation on insomnia. *J Abnorm Psychol* 1973; 82(1):153-8.
24. ANAES. Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aigue en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans.2000
25. HAS. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, Recommandations de bonne pratique. 2017 p.47
26. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008 29;337
27. Progress in clinical research in surgery and IDEAL – *The Lancet* 2018;392(10141):88-94
28. Bearman M, Smith CD, Carbone A, Slade S, Baik C, Hughes-Warrington M, et al. Systematic review methodology in higher education. *Higher Education Research & Development* 2012;31(5):625-40.
29. Netgen. Comment rédiger un article scientifique de type revue narrative de la littérature ? *Revue Médicale Suisse* 2019 ; 15 :1694-1698.
30. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review* 2019;4(1):5.
31. McCulloch P, Altman DG, Campbell WB, Flum DR, Glasziou P, Marshall JC, et al. No surgical innovation without evaluation: the IDEAL recommendations. *The Lancet* 2009;374(9695):1105-12.
32. Graham DKRG, Wright GW, Toman WJ, Mark CB. Relaxation and Hypnosis in the Treatment of Insomnia. *American Journal of Clinical Hypnosis* 1975;18(1) :39-42.
33. Schlarb AA, Friedrich A, Claßen M. Sleep problems in university students – an intervention. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017;13:1989-2001.
34. Kelly JA. Efficacy of hypnosis for the treatment of comorbid chronic pain and insomnia in older adults. [Thèse]. Prescott Valley Univ, Arizona 2011.
35. Todd FJ, Kelley RJ. The use of hypnosis to facilitate conditioned relaxation responses: A report of three cases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1970;1(4) :295-8.
36. Bauer KE, McCanne TR. An hypnotic technique for treating insomnia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 1980;28(1) :1-5.
37. Stanton HE. Hypnotic relaxation and the reduction of sleep onset insomnia. *Int J Psychosom.* 1989;36(1-4):64-8.
38. Mendoza ME, Capafons A, Gralow JR, Syrjala KL, Suárez-Rodríguez JM, Fann JR, et al. Randomized controlled trial of the Valencia model of waking hypnosis plus CBT for pain, fatigue, and sleep management in patients with cancer and cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2017;26(11):1832-8.
39. Elkins GR, Kendrick C, Koep L. Hypnotic relaxation therapy for treatment of hot flashes following prostate cancer surgery: a case study. *Int J Clin Exp Hypn* 2014;62(3):251-9.
40. Farrell-Carnahan L, Ritterband LM, Bailey ET, Thorndike FP. Feasibility and preliminary efficacy of a self-hypnosis intervention available on the web for cancer survivors with insomnia 2010 ;6(2): 10-23
41. Panayotopoulos D, Monthey, Abraham G. Use of hypnosis in the treatment of refractory insomnia. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 1965 ;96(1):179-182
42. Cochrane G. The use of indirect hypnotic suggestions for insomnia arising from generalized anxiety: a case report. *Am J Clin Hypn*1989; 31(3) :199-203.

43. Sulaiman S. The Effectiveness of Self Hypnosis to Overcome Insomnia: A Case Study. *International Journal of Psychological Studies* 2014;6(1):45-57
44. Fry A. Hypnosis in the treatment of insomnia. *Medical word* 1963; 99, 194-199
45. Holdevici I. Relaxation and Hypnosis in Reducing Anxious-depressive Symptoms and Insomnia among Adults. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2014;127:586-90.
46. Barabasz AF. Treatment of insomnia in depressed patients by hypnosis and cerebral electrotherapy. *Am J Clin Hypn* 1976;19(2):120-2.
47. Anderson JA, Dalton ER, Basker MA. Insomnia and hypnotherapy. *J R Soc Med* 1979;72(10):734-9.
48. Lam T-H, Chung K-F, Lee C-T, Yeung W-F, Yu BY. Hypnotherapy for insomnia: A randomized controlled trial comparing generic and disease-specific suggestions. *Complementary Therapies in Medicine* 2018;41:231-9.
49. Becker PM. Chronic insomnia: outcome of hypnotherapeutic intervention in six cases. *Am J Clin Hypn* 1993;36(2) :98-105.
50. Schlarb AA, Faber J, Hautzinger M. CBT-I and HT-I group therapy for adults with insomnia in comparison to those with insomnia and comorbid depression – a pilot study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018;14:2429-38.
51. Abramowitz EG, Barak Y, Ben-Avi I, Knobler HY. Hypnotherapy in the treatment of chronic combat-related PTSD patients suffering from insomnia: a randomized, zolpidem-controlled clinical trial. *Int J Clin Exp Hypn* 2008;56(3):270-80.
52. Cheng M, Yue J, Wang H, Li L, Zeng Y, Fang X, et al. Clinical Hypnosis in Reducing Chronic Insomnia Accompanied by Rumination. *Open Journal of Social Sciences* 2017;05:296-303.
53. Kastubi K, Ambarwati R. Benson Relaxation and Hypnosis in Quality of Elderly Sleep. *Health Notions* 2018;2(1):84-7.
54. Singh R. Single-session hypnotic treatment of insomnia in religious context. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*. 1992;20(2):111-6.
55. Papadakis D. Exploring the subconscious with hypnosis to alleviate insomnia. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy & Hypnosis*. Spring 2013;35(2) 4-19
56. Stanton HE. Hypnotic Relaxation and Insomnia: A Simple Solution? 1999;1(1) 64-67
57. Gholamrezaei A, Ardestani SK, Emami MH. Where does hypnotherapy stand in the management of irritable bowel syndrome? A systematic review. *J Altern Complement Med*. août 2006;12(6):517-27.
58. Jafarizadeh H, Lotfi M, Ajoudani F, Kiani A, Alinejad V. Hypnosis for reduction of background pain and pain anxiety in men with burns: A blinded, randomised, placebo-controlled study. *Burns* 2018;44(1):108-17.
59. Tausk F, Whitmore SE. A Pilot Study of Hypnosis in the Treatment of Patients with Psoriasis. *PPS*. 1999;68(4):221-5.
60. Kendrick Cassie; Koep, Lauren; Johnson, Aimee et al. Feasibility of sham hypnosis: empirical data and implications for randomized trials of hypnosis *Contemporary Hypnosis & Integrative Therapy* . 2012 ; 29(4) :317-331.
61. Barton DL, Fee Schroeder KC, Wolf S, Keith T, Elkins G. Efficacy of a biobehavioral Intervention for Hot Flashes: A randomized controlled Pilot study. *Menopause*. 2017;24(7):774-82.

Glossaire

ANSM: Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ASCH: American Society of Clinical Hypnosis

BASE : Bielefeld Academic Search Engine

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

ECT: Électroconvulsivothérapie

EEG: Électroencéphalogramme

EMG: Electromyogramme

ESS: Epworth Sleepiness Scale

HAS : Haute Autorisé de Santé

ICSD: International Classification of Sleep Disorders

IDEAL: Innovation, Development, Exploration, Assesment, Long-term

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INVS : Institut de Veille Sanitaire

IRM : Imagerie à Résonance Magnétique

ISI : Index de Sévérité de l'Insomnie

MEQ: Morningness-Eveningness Questionnaire

MOS: Medical Out-comes Survey Sleep measure

PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index

SANRA: Scale for the Assessment of Narrative Review Articles

TCC : Thérapie Cognitivo-comportementale

TEP : Tomoscintigraphie par émission de positons

Annexes

Annexe 1 : critère SANRA : Grille d'évaluation des revues narratives de la littérature

quality, please choose the option which best fits your evaluation, using categories 0 and 2 freely to imply general low and high quality. These are not intended to imply the worst or best imaginable quality.

1) Justification of the article's importance for the readership

- The importance is not justified. _____ 0
 The importance is alluded to, but not explicitly justified. _____ 1
 The importance is explicitly justified. _____ 2

2) Statement of concrete aims or formulation of questions

- No aims or questions are formulated. _____ 0
 Aims are formulated generally but not concretely or in terms of clear questions. _____ 1
 One or more concrete aims or questions are formulated. _____ 2

3) Description of the literature search

- The search strategy is not presented. _____ 0
 The literature search is described briefly. _____ 1
 The literature search is described in detail, including search terms and inclusion criteria. _____ 2

4) Referencing

- Key statements are not supported by references. _____ 0
 The referencing of key statements is inconsistent. _____ 1
 Key statements are supported by references. _____ 2

5) Scientific reasoning

(e.g., incorporation of appropriate evidence, such as RCTs in clinical medicine)

- The article's point is not based on appropriate arguments. _____ 0
 Appropriate evidence is introduced selectively. _____ 1
 Appropriate evidence is generally present. _____ 2

6) Appropriate presentation of data

(e.g., absolute vs relative risk; effect sizes without confidence intervals)

- Data are presented inadequately. _____ 0
 Data are often not presented in the most appropriate way. _____ 1
 Relevant outcome data are generally presented appropriately. _____ 2

Annexe 2 : Recommandation IDEAL en chirurgie

| | IDEAL Framework (stage of evolution of intervention) | IDEAL Recommendations (stage-specific study design and reporting) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Stage 1 : Idea First in human | Purpose: proof of concept Number and types of patients: single digit, highly selective Number and types of surgeons: very few, innovators* Output: description of intervention or procedure Status of intervention: evolving, at inception stage Reporting methods: structured case reports Outcomes reported: proof of concept, technical achievement, dramatic success, adverse events, surgeon views of the procedure Stage endpoint: once a decision is made to do a series of cases—ie, to proceed to stage 2a | <ul style="list-style-type: none"> • Provide full details of patient selection, technique, and outcomes, and of patients not selected during the timeframe, and why • Use standard well defined measures for reporting outcome and patient Characteristics • Use a structured reporting system—eg, SCARE checklist; Make the above information available to peers regardless of whether outcome is favourable or not • Informed consent should clearly explain status of procedure and impossibility of quantifying risks |
| Stage 2a : Development Iterative modification of the intervention until a stable version is achieved. Design : single centre or single intervention, case series or prospective cohort. | Purpose: development of procedure Number and types of patients: few, selected Number and types of surgeons: few, innovators, and some early adopters Output: technical description of procedure and its development, with explanation of reasons for changes Intervention: evolving, procedure development towards a stable optimised Version Methods: prospective development studies (small prospective cohort studies) Outcomes: mainly safety, technical, and procedural success Stage endpoint: when the procedure is considered optimised, and stable enough to allow replication in stage 2b, there should be no intent at this point to make further major modifications | <ul style="list-style-type: none"> • Make protocol for study available • Use standard well defined measures for reporting outcome and patient Characteristics • Report and explain all exclusions • Report all cases sequentially with annotation and explanation of changes to indication or procedure, and when and why they took place • Display main outcomes graphically showing cases sequentially to illustrate when changes took place • Informed consent should explain status of intervention and consequent uncertainties around risk† |
| Stage 2b : Exploration Collaborative prospective data collection and analysis aimed at achieving consensus on key issues, to determine if an RCT is feasible, and to define its design features. Intended as a bridge from rational to comparative evaluation. | Purpose: achieving consensus between surgeons and centres on the parameters for an RCT (if possible) Number and types of patients: many, broadening indication to include all potential beneficiaries Number and types of surgeons: many, innovators, early adopters, early majority* Outputs: effect estimate for the intervention based on a large sample, allowing power calculations, analysis of learning curves, estimate of influence of prespecified technical variants and patient subgroups on outcome, qualitative research to determine operator and patient values, increased mutual confidence amongst operators Intervention: the procedure is stable in individual hands but variation exists between operators, acceptable variants are subsequently defined by analysis of pooled results Method: prospective multicentre exploration cohort study or pilot, or feasibility multicentre RCTs Outcomes: safety, clinical outcomes (specific or graded), short-term outcomes, patient-centred or reported outcomes, feasibility outcomes Stage endpoints: demonstrate that technique can be more widely adopted, and demonstrate that progression to RCT is desirable and feasible | <ul style="list-style-type: none"> • Make protocol for study available • Use standard well defined measures for reporting outcome and patient Characteristics • Participate in collaborative multicentre cooperative data collection, incorporating feasibility issues (such as estimating effect size, defining intervention quality standards, assessing learning curves, exploring subgroup differences, eliciting key stakeholder values and preferences, and analysis of adverse events) • Hold a preplanned consensus meeting prior to progressing to an RCT, to identify feasibility and ability to recruit, operator eligibility on basis of learning curve analysis, intervention and comparator definitions, appropriate patient selection criteria, primary endpoint |
| Stage 3 : Assessment Definitive comparison of main efficacy and safety aspects of a new technique against current best treatment. | Purpose: comparative effectiveness testing Number and types of patients: many, expanded indications (well defined) Number and types of surgeons: many, early majority* Output: comparison with current standard therapy Intervention: stable, with acceptable variations clearly defined Method: RCT with or without additions or modifications, alternative designs (cluster, preference RCTs, stepped wedge, adaptive designs) Outcomes: clinical outcomes (specific and graded), potentially patient-reported outcomes, health economic outcomes Stage endpoints: clear valid evidence on relative effectiveness of innovation, and identification of issues requiring long-term monitoring | <ul style="list-style-type: none"> • Make protocol for study available • Register on an appropriate international register (eg, ClinicalTrials.gov) • Use standard well defined measures for reporting outcome and patient Characteristics • Incorporate information about patient and clinician values and preferences in design of consent information and procedures, and outcome measures • Adhere to reporting guidelines (CONSORT update of 2010 with extension for non-pharmacological treatments, COMET, TIDieR, SPIRIT) for RCT protocol design |
| Stage 4 : Long-term Monitoring | Purpose: surveillance Number and types of patients: all eligible Number and types of surgeons: all eligible Output: description, audit, recording of regional and local variations, quality assurance, risk adjustment, detection of indication creep; Intervention : stable Method: registry, routine database, rare-case reports Outcomes: rare events, long-term outcomes, quality assurance Stage endpoints: dependent on lifecycle of device or procedure, registries for devices —IDEAL-D, registries at earlier stages of IDEAL | <ul style="list-style-type: none"> • Make protocol for study available • Registries may begin from the earliest stages of human use • Registry datasets should be defined by the clinical community with patient input • Datasets should be simple, cheap, and easy to collect • Curation of registries by clinical community is desirable • Funding of registries should be agreed between government and commercial interests but kept separate from curation • Patient consent for use of registry data in research should be broad and where possible automatic |

Annexe 3 : Tableau1 : Caractéristiques principales des études incluses

| Auteur – Année | Revue | Pays | Méthode |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------|
| Fry 1963 | Medical World | Angleterre | Séries de cas |
| Panayotopoulos et al 1965 | Société suisse de Psychiatrie | Suisse | Séries de 9 cas |
| Todd et al 1970 | Behavior Therapeutic and Experimental Psychiatric | Angleterre | Rapport de 3 cas |
| Singh et al 1999 | Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis | Malaisie | Un rapport de cas |
| Borkovec et al 1973 | Journal of Abdnormal Psychology | États Unis | Étude randomisée contrôlée |
| Kenneth Graham et al 1975 | The American Journal of Clinical Hypnosis | États-Unis | Étude randomisée contrôlée |
| Barabasz 1976 | The American Journal of Clinical Hypnosis | Nouvelle Zélande | Étude randomisée contrôlée |
| Anderson et al 1979 | Journal of Royal Society of Medicine | Angleterre | Étude randomisée contrôlée |
| Baeur et al 1980 | International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis | États-Unis | Séries de 2 cas |
| Stanton 1989 | International Journal of Psychosomatics | Australie | Étude randomisée contrôlée |
| Cochrane 1989 | American Journal of Clinical Hypnosis | Canada | Rapport d'un cas |
| Becker 1993 | American Journal of Clinical Hypnosis | États Unis | Série de cas |
| Stanton 1999 | Sleep and Hypnosis | Australie | Rapport de 3 cas |

| | | | |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------|
| Abramowitz et al 2008 | International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis | Israël | Étude randomisée contrôlée |
| Farrell 2010 et al | American Psychological Association | États Unis | Étude randomisée contrôlée |
| Kelly 2011 | Thèse de l'université de Prescott Valley, Arizona | États Unis | Étude quasi-expérimentale, pré-post intervention |
| Sulaiman 2013 | International Journal of Psychological Studies | Oman | 1 étude de cas |
| Papadakis 2013 | Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis | Australie | Rapport de 4 cas |
| Holdevici 2014 | Social and Behavioral Sciences | Roumanie | Étude pré-post intervention |
| Elkins et al 2014 | International journal of clinical and experimental hypnosis | États Unis | 1 étude de cas |
| Cheng et al 2017 | Open journal of Social Sciences | China | Étude randomisée contrôlée |
| Mendoza et al 2017 | Psycho-Oncology | États Unis | Étude randomisée contrôlée |
| Schlarb et al 2017 | Neuropsychiatric Disease and Treatment | Allemagne | Étude quasi-expérimentale pré-post intervention |
| Schlarb et al 2018 | Neuropsychiatric Disease and Treatment | Allemagne | Étude pilote pré-post intervention |
| Lam et al 2018 | Complementary Therapies in Medicine | Chine | Étude randomisée contrôlée |
| Kastubi et al 2018 | Humanistic Network for Science And Technology | Indonésie | Étude randomisée contrôlée |

Annexe 4 : Tableau 2 : Analyse qualitative des études, rapports et séries de cas

| Étude | Population étudiée | Age année (âge moyen) | Nombre de sujets | Type d'insomnie | Lieux d'exercice |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Cochrane et al | Homme- anxiété généralisée | 44 | 1 | Rumination chronique | Ambulatoire |
| Singh et al | Jeune femme religieuse anxieuse | 29 | 1 | Réveil nocturne, difficulté endormissement depuis 4 ans | Non décrit |
| Elkins et al | Afro-américain souffrant de bouffées de chaleur sur cancer prostatique | 69 | 1 | Réveils nocturnes depuis 1999 | Ambulatoire |
| Sulaiman | Un étudiant anxieux | 19 | 1 | Insomnie depuis 2 semestres : - moins de 4 h par nuit - difficulté d'endormissement : 3 h au moins - au moins 3 réveils nocturnes | Ambulatoire |
| Todd et al | Femme en bonne santé | 32 | 1 | Difficulté d'endormissement de plus de 6 mois | Ambulatoire |
| Bauer et al | Femmes en bonne santé | 27-45 | 2 | Temps total sommeil raccourci depuis plus de 10 ans | Ambulatoire |
| Stanton | 2 hommes et une femme État de santé des 3 personnes non précisé | 22-43 | 3 | Réveils nocturnes Difficulté d'endormissement diurne | Non précisé |
| Papadakis | 1 femme bonne santé, 2 hommes sains, 1 étudiant souffrant d'un traumatisme ancien | 25-60 | 4 | 1-Difficulté endormissement, réveil matinal plus 5 ans 2- Difficulté endormissement 20 ans 3- Difficulté d'endormissement, réveil nocturne, réveils matinaux 30 ans 4- Réveils nocturnes | Ambulatoire |
| Becker et al | 5 femmes et 1 homme : dépression, trouble personnalité avec agressivité, trouble compulsif | 26-61 (42) | 6 | Insomnie plus de 6 mois selon classification ICSD 1990 depuis au moins 3 nuits par semaine. Durée moyenne d'insomnie : 15 ans | Consultation dans le centre de « Presbyterian |

| | | | | | |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| | | | | Difficulté d'endormissement, réveils nocturnes, temps total sommeil. | Hospital of Dallas » |
| Panayotopoulos et al | Femmes : dépression, hystérie, trouble compulsif, phobie, toxicomanie et anxiété | 20-56 | 9 | Difficulté d'endormissement pour les 9 cas Insomnie chronique | Non précisé |
| Fry | 7 détaillés : anxiété ou sain, mixte | 17-60 | 28 | Temps total court, sommeil non réparateur, réveils nocturnes, difficulté endormissement depuis plus de 8 mois | Non précisé |

Suite tableau 2

| Étude | Objectif | Technique hypnose | Mesure du critère de jugement principal insomnie | Déroulement séances (h=heure) | Formation/ Thérapeute | Résultat |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cochrane | Évaluer la suggestion directe et indirecte dans l'insomnie tout en traitant l'anxiété. | Hypnose Ericksonienne, suggestion indirecte, métaphore, suggestion directe | Évaluation du temps total par déclaratif oral | 2 séances espacées de 5 jours individuelles, durée non précisée | Un thérapeute utilisant la méthode de Lankton 1983 | Amélioration du temps total, succès également à 9 mois et 2 ans |
| Singh et al | Évaluer l'hypnose pour lutter contre cette insomnie chronique. | Suggestion à la relaxation, contrôle stimulus et contrôle des fausses idées, visualisation portée sur la religion, fantaisie dirigée | Déclaratif par oral puis par écrit (par lettre) | 2 séances individuelles 1 h | Professeur de psychologie Propre technique de l'auteur | Satisfaite de son sommeil, suivi jusqu'à 1 an |
| Elkins et al | Description de l'utilité de l'hypnose relaxation chez les patients souffrant de bouffées de chaleur. Réduction de la fréquence des bouffées de chaleur, sévérité et amélioration de la qualité du sommeil. | Induction : hypnose relaxation puis suggestion de relaxation, confort, fraîcheur auto-hypnose | Questionnaire PSQI : qualité du sommeil | 7 séances individuelles 1h, enregistrement audio pour l'auto-hypnose | Réalisé par un hypnothérapeute qui est l'auteur de l'étude, et utilise sa technique basée sur une de ces précédentes études de 2013 Professeur de psychologie | Amélioration significative de la qualité du sommeil de 87,5 % après intervention Amélioration de 37.5% du score à 12 semaines. |

| | | | | | | |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sulaiman | Évaluation de l'auto-hypnose pour la durée du sommeil, temps d'endormissement, et réveils nocturnes. | Auto-hypnose : Apprentissage suggestion Modification personnalité, relaxation musculaire Place agréable, Décompte 10 à 0 Remémoration de souvenirs agréables | Déclaratif oral : temps d'endormissement, temps total, temps réveils nocturnes | 5 séances individuelles Durée totale non précisée | Programme montrée à 6 praticiens formés au même programme de Davis 2000 | Amélioration significative : Temps d'endormissement (de 2 h à 35 minutes dans les 6 jours) Temps total sommeil passé de 4,35 h à 5,45 heures Diminution du temps réveils nocturnes de 2h17. |
| Todd et al | Montrer que l'hypnose augmente l'efficacité des thérapies comportementales initiées. | Suggestion relaxation et sommeil | Déclaratif par appel téléphonique : latence et temps total sommeil | 1 séance pour lequel on répète 8 fois le processus de suggestion Individuelle Durée non précisée | Non détaillé | Succès dès le lendemain, puis à 1 semaine et à 3 mois |
| Bauer et al | Illustration de l'efficacité d'une technique dans l'insomnie chronique répondant à la classification ICSD. | Induction relaxation progressive, catalepsie du bras, technique de focalisation avec décompte nombre de 100 à 0 jusqu'à atteindre le sommeil | Déclaratif sur agenda de sommeil : latence, temps total, traitement médicamenteux pour dormir | 2 séances non précisées si individuelles ou en groupes Durée non précisée | Technique employée par l'auteur de l'étude, Professeur hypnose clinique et psychologue | Amélioration avec sommeil non perturbé jusqu'à 1 an de suivi. Quelques difficultés de sommeil occasionnel déclaré |
| Stanton | Utilisation d'une technique d'hypnose pour lutte contre l'anxiété pré- | Cf Stanton 1989 | Déclaratif avec Agenda du sommeil Réveils matinaux, latence | 2 séances de 50' hebdomadaire 1 séance pour le 3ème cas | Technique de l'auteur lui-même, qui est psychologue | Amélioration de plus de 85 % des composants évalués (réveils matinaux latence sommeil) |

| | sommeil. | | sommeil Difficulté d'endormissement diurne | Individuelles | | Succès sur plusieurs années |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Papadakis | Montrer que l'hypnose basée sur des techniques de régression et d'émotions améliore le sommeil. | Age régression et émotions | Déclaratif réveils nocturnes, temps d'endormissement | Individuelles Durée non précisée | Technique de l'auteur réalisée par lui-même Docteur en médecine holistique, en philosophie des sciences comportementales et hypnothérapie | Succès pour les 4 cas |
| Becker | Efficacité de l'hypnothérapie dans l'insomnie chronique. | Discussion sur l'hypnose et les bénéfices, Suggestion sommeil, Régression Suggestion de relaxation, chaleur, lourdeur, repos, confort Confusion | Agenda du sommeil et Polysomnographie : efficacité, temps total, sensation aux réveils, temps d'endormissement, nombre de réveils Suivi : « pourcentage d'une amélioration subjective ou aggravation entre aujourd'hui et la première visite dans le centre » | 2 séances en groupe entre 90-120' 3ème séance d'explication selon l'amélioration des symptômes des patients | Non précisé | Amélioration après traitement du temps d'endormissement nombre de réveil et longueur, et temps total pour sujet 1-4-5 (donc 3 patients sur 6) Suivi à 8 mois et 10 mois : satisfaction de leur sommeil pour sujet 1-4-5 |
| Fry | Évaluer une méthode d'hypnose Erickson-Wolberg dans l'insomnie. | Suggestion sommeil « le sommeil va arriver à tel heure et rien ne pourrait l'interrompre » Lévitacion bras, technique de fixation Auto-hypnose | Déclaratif sans outil précisé | Nombre de séances variable : entre 3 séances et une dizaine de séances, une séance hebdomadaire de 30-40' Individuelles, durée : entre 3 semaines à 1 an | Un thérapeute | Succès pour tous les patients les 7 cas décrits : Sommeil normal après un mois cas 1 Sommeil normal après 2 sessions (cas 6), 3 (cas 7) 5 (2-3) 6(cas5) - cas 3 :1 an sans |

| | | | | | | |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | rechute - cas 4 : pas de rechute 2 ans - cas 5 : 5 ans sans rechute |
| Panayotopoulos et al | Application d'une technique d'hypnose comme technique de rééducation du sommeil. | Suggestion sommeil, heure fixe de sommeil | Mesure non précisée capacité d'endormissement | Individuelle 30-40' plusieurs séances allant de 6 à une centaine de séances | Non précisé | Pour les 9 cas : 2 perdus de vue 7 autres : Succès poursuivi à un an pour 3 cas dont une rechute pour un cas Rechute multiple pour un cas, 3 succès sans suivi long terme |

Annexe 5 : tableau 3 : Analyse qualitative des études pré-post intervention non contrôlées

| Étude | Population étudiée | Age année (âge moyen) | Nombre de sujets | Type d'insomnie | Lieux d'exercice |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Holdevici | Patients anxio-dépressifs | 32-51 (41,8) | 61 | Insomnie chronique, non détaillée | Clinique privée |
| Shlarb et al 2017 | Étudiants | 24,24 | 27 | Insomnie DSM-V | Ambulatoire |
| Shlarb et al 2018 | Patients non dépressifs vs dépressifs Exclusion : d'autres psychothérapies en cours | 18-65 (43,86) | 63 | Difficulté à s'endormir ou rester endormi depuis au moins 5 mois | Non précisé |
| Kelly | Sujets âgés | 60-87 (72,19) | 26 | Difficulté endormissement ou de rester endormi plus de 3 nuits par semaine pendant 1 mois | Ambulatoire |

Suite tableau 3

| Étude | Plan expérimental | Objectif | Technique hypnose | Mesure du critère de jugement principal insomnie | Déroulement séances | Thérapeute / Formation | Résultat |
|-------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Holdevici | Étude pré-post intervention (hypnose + relaxation) | Effet hypnose et relaxation sur patients anxio-dépressifs sur la sévérité de l'insomnie. | Visualisation d'un lieu où les patients se sentent en paix. | Échelles déclaratives : ISI Sévérité | Séances en groupe pas de détails sur la durée et le nombre de séances appliqués | Psychothérapeutes spécialisées pour délivrer de l'hypnose | Effacité significatif Sévérité de l'insomnie (F(2,58)=46,95, p=0,000) 74,9 % du résultat obtenu après mesure ISI est dû à l'effet de l'hypnothérapie |
| Shlarb et al 2017 | Étude pré-post l'intervention hypnose + TCC | Évaluer l'efficacité, acceptation et faisabilité TCC combiné à l'hypnose chez les patients souffrant d'insomnie. | Imagination calme, et auto-hypnose | PSQI : qualité, latence, dure, efficacité, problèmes de sommeil, médicaments pour dormir et somnolence diurne Sleep log : sommeil réparateur Actigraphie : durée, efficacité, latence sommeil, durée éveils, nombre réveils nocturnes. ESS : somnolence diurne MEQ : vigilance matinale journée soirée | 6 séances 100' de TCC et hypnose + CD audio | Deux psychologues, séances supervisées | Haute acceptabilité du programme des participants et aux soignants Haut faisabilité du programme par les participants et soignants Amélioration significative qualité sommeil, latence somnolence diurne. Amélioration significative latence Diminution réveil nocturne et efficacité Pas d'effet pour prise médicament et perturbation sommeil |

| | | | | | | | |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Shlarb et al 2018 | Étude pilote longitudinale, pré-post intervention Hypnose et TCC | Évaluer le sommeil chez le groupe insomniaque non dépressif après TCC combiné à l'hypnose sommeil vs groupe insomnie souffrant de dépression. | Transe différente à chaque session mais non détaillé | Agenda du sommeil et sleep log : efficacité, latence, temps total, durée et nombre de réveils nocturnes, réveils matinaux performance et sommeil réparateur humeur matinale et soirée | 6 séances 2 h | Non détaillé | Les 2 groupes montrent une amélioration significative de l'efficacité sommeil et durée réveils nocturnes, Groupe dépressif : latence sommeil et haut niveau de sommeil réparateur. Groupe non dépressif : amélioration significative performance. Absence d'amélioration dans les 2 groupes pour nombre réveil, nocturne, temps total et humeur. |
| Kelly | Étude pré-post intervention, quasi-expérimentale | Évaluation de l'hypnose dans les composantes du sommeil et la douleur chez les sujets âgés dans l'insomnie chronique. | Scripts standardisés Script B : induction par relaxation profonde, relâchement musculaire métaphore, harmonie avec le corps et esprit suggestion sommeil | Agenda du sommeil ISI : sévérité | 21 jours d'hypnose avec 1 CD par semaine différent | Le chercheur lui-même | Amélioration significative : sévérité, fréquence des réveils, qualité sommeil qualité de vie Non significatif pour la latence du sommeil. |

Annexe 6 : tableau 4 : Analyse qualitative des études randomisées contrôlées

| Études | Population étudiée | Age année (âge moyen) | Nombre de sujets | Type d'insomnie | Lieux d'exercice |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Borkovec et al | Femmes universitaires | Non détaillé | 37 | Latence d'endormissement | Ambulatoire |
| Kenneth, Graham et al | Étudiants | Non détaillé | 22 | Difficulté d'endormissement au moins une fois par semaine | Ambulatoire |
| Barabasz | Patients souffrant d'un syndrome dépressif modéré | Non détaillé | 60 | Non précisé | Non précisé |
| Anderson et al | Adultes sains exclusion : douleur, dépression, pathologie neurologique et psychose | 29-60(46,1) | 18 | Insomnie de plus de 3 mois | Non précisé |
| Stanton | Adultes sains Exclusion : traitement au long cours, contact avec d'autres services de santé | 23-67 | 45 | Plus de 30' de latence d'endormissement depuis plus de 6 mois | Non précisé |
| Abramowitz et al | Militaires souffrant de syndrome post-traumatique. Exclusion : TC, hypnotiques consommés dans le mois, consommation alcool et cannabis, symptômes dépressifs importants, douleur chronique | 21-40 | 42 | Difficulté d'initier et de maintenir le sommeil, terreur nocturnes, et cauchemars | Clinique médicale |
| Farrell et al | Patients avec rémission d'un cancer. Exclusion : insomnie secondaire, maladie psychiatrique, abus substance, autre psychothérapie nouveau traitement ou habitude de vie enceinte | 56,7 | 28 | Insomnie primaire chronique | À domicile |

| | | | | | |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----|-------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Mendoza et al | Patients ayant un cancer actif ou en rémission. Exclusion : trouble psychotique, idée suicidaire, trouble cognitif sévère | 29-85(60,95) | 44 | Critères MOS-9 | Ambulatoire |
| Cheng et al | Patients ayant des ruminations. Exclusion pathologie psychiatrique, hypertension artérielle, diabète, insuffisance cardio-respiratoire, femme ménopausée ou enceinte | 33,38-35,05 | 42 | DSM- IV | Ambulatoire |
| Kastubi et al | Sujets âgés plus de 55 ans | 55-80 | 24 | Non détaillé « trouble du sommeil » | Poste de service intégré pour personnes âgées |
| Lam et al | Adultes : Exclusion : thérapeutique récente pour le sommeil, dépression majeur, trouble anxieux généralisé, attaque de panique, épisode maniaque, substance illicites, trouble psychotique, enceinte | 47,5 | 60 | DSM-V depuis un an ISI \geq 15 | Ambulatoire |

Suite tableau 4

| Étude | Plan expérimental | Objectif | Technique hypnose | Mesure du critère de jugement principal insomnie | Déroulement séances | Formation / Thérapeute | Résultat |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Borkovec et al | 4 bras 1) Relaxation progressive 2) Relaxation hypnotique 3) Auto-relaxation 4) Liste d'attente, pas de traitement | Évaluer le rôle de l'hypnose dans la latence de sommeil. | Suggestion directe à la relaxation | Agenda du sommeil : latence, nombre réveils matinaux, difficulté endormissement, fraîcheur matinale EMG : conduction cutanée, tension musculaire | Groupe avec 3 séances d'1 h et 10'd'auto hypnose 2 fois par jour | 1 étudiant masculin diplômé en psychologie clinique | Groupe hypnose et relaxation efficace de manière similaire pour amélioration de la latence, réveils nocturnes, et réveils matinaux comparé à l'absence de traitement, $p < 0,05$ pas de corrélation entre les changements physiologiques enregistrés et les résultats ci-dessus |
| Kenneth, Graham et al | 2 bras 1) hypnose et relaxation 2) Relaxation seule | Hypnose et relaxation plus efficace que relaxation seule ? | Explication au patient sur l'hypnose Suggestion sommeil Auto-hypnose | Agenda du sommeil : nombre de nuits avec insomnie Score 0-10 sévérité de l'insomnie | 4 Séances de 30' d'auto-hypnose et relaxation à l'aide d'enregistrement par vidéo A pratiquer ensuite à domicile | Non précisé | Pas d'amélioration dans le groupe hypnose comparé au groupe relaxation Perdus de vue |

| | | | | | | | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Barabasz | 4 bras 1) ECT 2) ECT+ placebo 3) ECT + hypnose 4) Placebo + hypnose | Évaluation de la suggestion par l'hypnose passive dans le score enregistrée de l'électrothérapie chez les patients insomniaques et dépressifs ? | L'induction hypnotique a été considérée comme passive car aucun test dramatique de profondeur n'a été utilisé. Le terme hypnose n'a pas été utilisé. Technique non détaillée | Échelle 1-7 1- Pas de changement 7- sommeil normal | Séances de 10-15' à chaque séance pour chaque patient, pendant 2 sessions par semaine pendant 3 semaines individuelles | Non précisé | Hypnose et ECT efficace pour les patients déprimés $p < 0,05$ |
| Anderson et al | 3 bras Cross-over 1) Hypnose 2) Nitrazépam 3) Placebo | Comparaison Hypnose, Nitrazépam et placebo dans le traitement de l'insomnie. | Éviter le mot hypnose et sommeil Suggestion relaxation, calme, sommeil, pièce chaude, confort Visualisation endroit sécurisant en vacances | Agenda du sommeil : temps total, qualité, latence sommeil et état d'éveil | 4 séances individuelles + auto-hypnose pendant 10 semaines | Hypnothérapeute expérimenté | Plus long et meilleur sommeil après l'auto-hypnose comparé aux autres groupes |
| Stanton | 3 bras 1) Hypnose relaxation 2) Contrôle stimulus 3) Placebo | Évaluation de la latence d'endormissement dans les groupes hypnose, contrôle stimulus et placebo. | Visualisation d'un rideau noir en velours confortable et chaud Visualisation d'une séance sur une véranda dans une belle maison avec 10 escaliers pour descendre dans un beau jardin. Métaphore des feuilles d'arbres et problèmes Aller dans un endroit spécial | Agenda du sommeil : latence du sommeil | 4 séances de 30' hebdomadaire par groupe | Non spécifié | Diminution de la latence de sommeil et maintenu 3 mois dans le groupe hypnose comparé aux contrôle stimulus ou groupe placebo $p < 0,05$ |

| | | | | | | | |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Abramowitz et al | 2 bras 1) Hypnose un groupe 2) Zolpidem | Montrer sur l'hypnose sur les régressions et émotions améliorent le sommeil, en complément antidépresseurs dans les deux groupes. | Age régression Hypnose orientée sur les symptômes | Agenda du sommeil ; temps total, qualité du sommeil, nombre de réveil, concentration et endormissement matinale | 1,5 h de 2 séances hebdomadaires pendant 2 semaines au total | Spécialiste en psychiatrie diplômé en hypnothérapie | Groupe hypnose : amélioration significative qualité sommeil, concentration matinale, réveils nocturnes, endormissement matinal $p < 0,01$ |
| Farrell et al | 2 bras 1) Hypnose ou salle d'atteinte 2) Groupe contrôle | Évaluation de l'efficacité et faisabilité de l'auto-hypnose pour sommeil, fatigue, humeur qualité de vie. | Jour 1 suggestion de fraîcheur Jour 2 suggestion de chaud Jour 3 suggestion de flottant auto hypnose | ISI Agenda du sommeil : latence, temps total, efficacité, nombre et durée de réveils après endormissement, sieste diurne, et utilisation médicaments ou alcool, fraîcheur matinale | Séances environ 6 h sur les 4 semaines d'intervention : 2 fois par semaine une séance de 1,5 heures délivrées sur internet, pendant 2 semaines | Licence de psychologie clinique technique validée par ASCH | Petit effet de l'hypnose sur le sommeil (latence, réveils après endormissement, efficacité, temps total) fatigue, humeur et qualité de vie mais non significatif Faisabilité auto-hypnose reporté par les participants |
| Mendoza et al | Cross-over 2 bras 1) TCC combiné à l'hypnose 2) Éducation (groupe contrôle) | Évaluer l'efficacité hypnose éveillée avec TCC chez patients cancéreux souffrant douleur, fatigue ou insomnie. | Modèle Valencia d'hypnose active : yeux ouverts Suggestion de lourdeur, relaxation | MOS-9 | 4 sessions de 1 h avec au moins 1 semaine entre chaque séance associée à des exercices à réaliser au domicile de 1 | Hypnose disponible sur les livres de l'auteur | Amélioration significative après traitement actif de tous les critères de mesures comparées au groupe contrôle et maintenant à 3 mois de suivi |

| | | | | | séance de 1 h | | |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cheng et al | 2 bras : 1) Hypnose 2) Exercice physique 30 minutes tous les jours | Effet de l'hypnose et relaxation chez les patients insomniaques qui ruminent. | Suggestion à la relaxation Expérience plaisante, vacances. Suggestion avec technique comportementale compétences résolution de problèmes renforcement positif Auto-hypnose. | PSQI ; qualité, latence, durée, efficacité, perturbation, dysfonction diurne | 1 séance d'hypnose pendant 1 h auto-hypnose et auto-suggestion de 1 mois : 3 fois par jour | 2 psychothérapeutes spécialisés dans la technique d'hypnose | Effet positif pour le groupe hypnothérapie sur la latence, qualité, durée, efficacité, perturbation, dysfonction diurne (p < 0,05) Amélioration des symptômes psychiatriques dans le groupe hypnose |
| Kastubi et al | 3 bras : 1) Hypnose seule 2) Relaxation seule 3) Relaxation + Hypnose | Influence de la relaxation Benson et hypnose sur le sommeil et tension artériel sur le sujet âgé. | Non précisé | Questionnaire non détaillé | 2 fois par semaine soit 4 séances : durée de la séance non précisée | Non précisé | Amélioration significative dans les 3 groupes. Amélioration plus importantes dans le groupe hypnose et relaxation |
| Lam et al | 2 bras 1) Hypnose spécifique 2) Hypnose neutre | Efficacité et sécurité de l'hypnothérapie sur l'insomnie. | Relaxation progressive <u>Hypnose spécifique</u> : suggestion place sereine, technique de visualisation des problèmes de sommeil, gestion anxiété <u>Hypnose neutre</u> : visualisation d'objets neutres et suggestion apaisement de l'esprit. | Agenda du sommeil : efficacité sommeil | 4 sessions hebdomadaires 1h +audio CD 30' pour l'auto-hypnose à pratiquer au domicile | Thérapeutes avec licence | Amélioration de l'efficacité du sommeil dans les deux mais pas de différence significative entre les deux groupes. |

Annexe 7 : tableau 5 : Classification des techniques d'hypnose dans les études, rapports et séries de cas

| Étude de cas | Suggestion | | | | Technique de focalisation | | Visualisation | | Technique comportementale | Age régression | Technique dissociante |
|--------------|------------|-----------|-------------------|---------|---------------------------|-------------------------|------------------------------|-------|---------------------------|----------------|-----------------------|
| | Relaxation | Fraîcheur | Chaleur, lourdeur | Sommeil | Décompte nombre | Regard fixe, lévitation | Lieu agréable, place sereine | Objet | | Émotion | |
| Cochrane | | | | X | | | | | | | X |
| Singh | X | | | | | | | | X | | |
| Elkins | X | X | X | | | | | | | | |
| Sulaiman | X* | | | | X* | | X* | | | | |
| Todd | X | | | X | | | | | | | |
| Baeur | X | | | X | X | X | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|--|---|---|---|--|---|---|
| Stanton | | | | | | | X | X | | | X |
| Papadakis | | | | | | | | | | X | |
| Becker | X | X | X | X | | | | | | X | X |
| Fry | | | | X | | X | | | | | |
| Panayotopoulos | | | | X | | | | | | | |

* Auto-hypnose

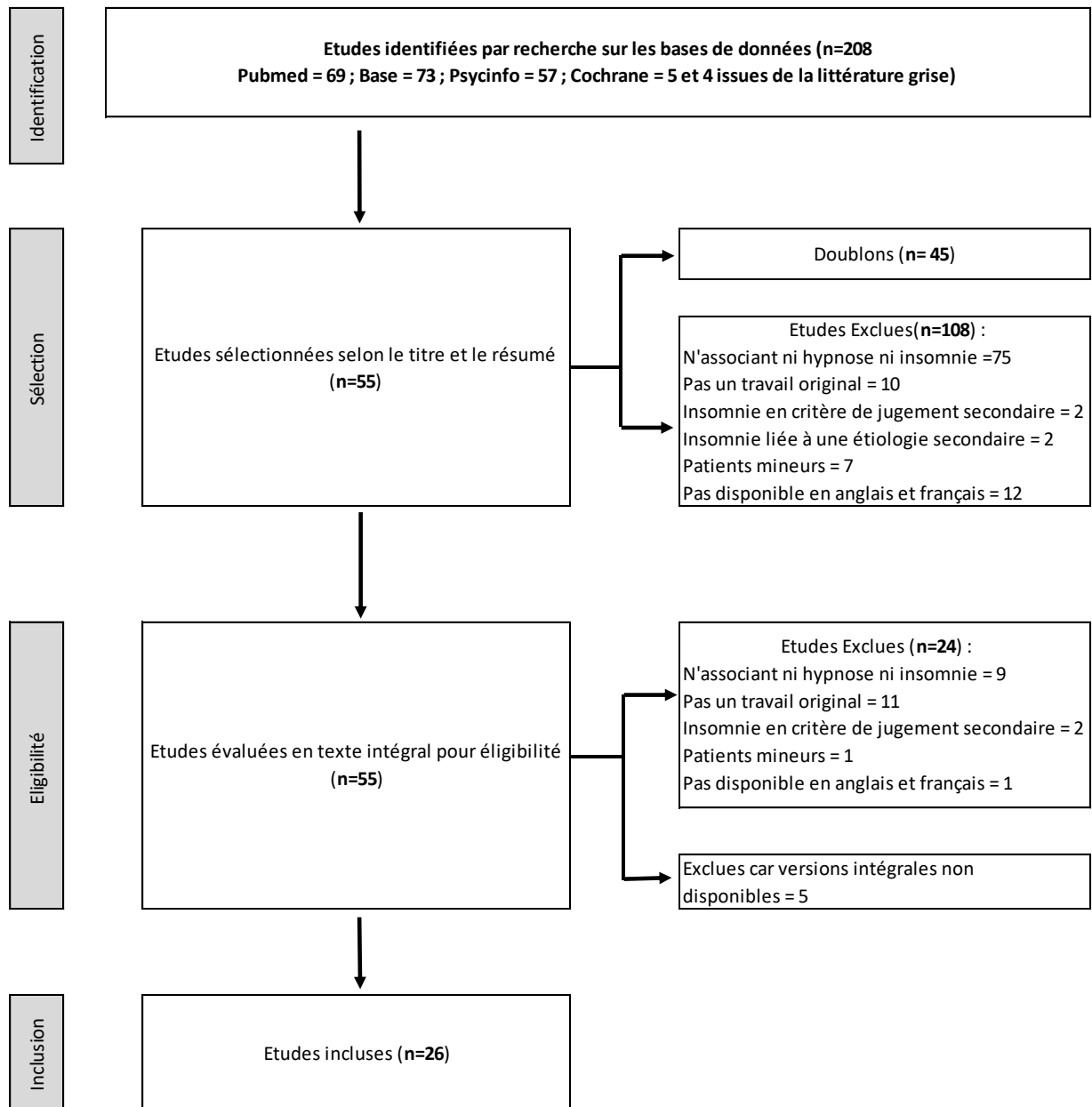
Annexe 8 : tableau 6 : Classification des techniques d'hypnose des études pré-post intervention non contrôlées

| Études pré-post intervention | Suggestion | | | | Technique de focalisation | | Visualisation | | Technique comportementale | Age régression | Technique dissociante |
|------------------------------|---------------|-----------|-------------------|---------|---------------------------|-------------------------|---------------|-------|---------------------------|----------------|-----------------------|
| | Relaxation | Fraîcheur | Chaleur, lourdeur | Sommeil | Décompte nombre | Regard fixe, lévitation | Lieu agréable | Objet | | | |
| Holdevici | | | | | | | X | | | | |
| Shlarb 2018 | Non détaillée | | | | | | | | | | |
| Shlarb 2017 | X | | | | | | | | | | |
| Kelly 2011 | X | | | X | | | | | | | X |

| | | | | | | | | | | | |
|---------|---------------|--|----|---|--|--|---|---|---|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
| Farrell | | | X* | | | | | | | | |
| Mendoza | X | | X | | | | | | | | |
| Cheng | X | | | X | | | X | | X | | |
| Kastubi | Non détaillée | | | | | | | | | | |
| Lam | | | | | | | X | X | X | | |

* Auto-hypnose

Figure 1 : Diagramme de flux



MAMOUNE Sarah Lou- Hypnothérapie et insomnie : revue narrative de la littérature

p.56, 9 annexes, 1 figure, 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2020 ; N° .

Résumé français

Introduction : L'insomnie est une pathologie fréquente en France. L'hypnose est une thérapie non médicamenteuse pratiquée en médecine générale et ayant un effet discutable sur le sommeil.

Objectif : Identifier dans la littérature internationale les concepts généraux et les limites méthodologiques des essais cliniques sur l'hypnose et l'insomnie dans le but de construire un essai clinique en médecine générale.

Méthode : Revue narrative de la littérature basée sur des techniques systématiques à partir de quatre bases de données indexées. Les études incluses étaient les essais cliniques sur l'hypnose visant à traiter l'insomnie.

Résultats : 26 études ont été incluses. Les résultats montraient une variabilité dans la population, concernant les critères de mesure, les groupes contrôles et les techniques d'hypnose pratiquées. Les auteurs se posaient la question d'un réel effet spécifique de l'hypnose.

Conclusion : Cette étude montrait la complexité de la réalisation d'un essai clinique sur l'hypnose et l'insomnie et la nécessité de proposer des futures études utilisant le modèle IDEAL.

Résumé anglais

Introduction: Insomnia is a frequent pathology in France. Hypnosis is a non-drug therapy practiced in general medicine and has a debatable effect on sleep.

Purpose: To identify in the international literature the general concepts and the methodological limits of clinical trials on hypnosis and insomnia in order to build a clinical trial in general medicine.

Methods: Narrative literature review based on systematic techniques from four indexed databases. The studies included were clinical trials of hypnosis to treat insomnia.

Results: 26 studies were included. The results showed variability in the population, regarding the measurement criteria, the control groups and the hypnosis techniques practiced. The authors asked the question of a real specific effect of hypnosis.

Conclusion: This study showed the complexity of carrying out a clinical trial on hypnosis and insomnia and the need to propose future studies using the IDEAL model.

Rubrique de classement : Revue narrative de la littérature

Mots-clés : Hypnothérapie, insomnie, recherche clinique, médecine générale

Mots-clés anglais MeSH : Hypnotherapy, insomnia, clinical research, general practice

Président : Pr BELLISSANT Éric

JURY : Assesseurs : Dr POIMBOEUF Julien (Directeur de thèse)
Pr NAUDET Florian
Pr MENER Éric

Adresses de l'auteur : 2b route de Chantepie 35510 Cesson-Sévigné