



Changes in the prescription of benzodiazepines and related drugs at month 12 after E2R hypnotherapy in previously treated patients: A descriptive study

B. Bastian^{a,b,*}, F. Martineau^a, M. Esvan^b, S.L. Mamoune^{a,b}, E. Mener^{a,b}

^a Department of General Practice, University of Rennes, F-35000, Rennes, France

^b Univ Rennes, CHU Rennes, INSERM, CIC 1414 (Centre d'Investigation Clinique de Rennes), F-35000 Rennes, France

Changements dans la prescription de benzodiazépines et de médicaments apparentés 12 mois après l'hypnothérapie E2R chez les patients précédemment traités : Une étude descriptive

Résumé

Contexte et objectif

En France, les benzodiazépines sont largement prescrites et consommées pour l'anxiété et les troubles du sommeil. L'hypnothérapie E2R (Emotion, Régression, Réparation) pourrait être une méthode alternative non pharmacologique pour réduire leur utilisation à long terme. L'objectif de cette étude était d'estimer indirectement l'effet de l'hypnose E2R sur le taux de sevrage au mois 12 après l'hypnothérapie chez les patients sous traitement à long terme (>3 mois) avec des benzodiazépines ou des médicaments apparentés.

Matériaux et méthode

Étude d'observation rétrospective utilisant des données sur 73 patients traités par hypnothérapie E2R pour l'anxiété, la dépression ou les troubles du sommeil extraites des bases de données des patients de certains médecins généralistes français formés à l'hypnose E2R. La prescription de benzodiazépines ou de médicaments apparentés a été analysée à l'inclusion et 12 mois après l'hypnothérapie E2R.

1. Introduction

Depuis environ 60 ans, les benzodiazépines (BZD) sont largement utilisées pour une variété d'indications, notamment comme anxiolytiques et sédatifs. La France se classe deuxième parmi les pays européens ayant la plus forte consommation de ces substances. Plus précisément, 117 millions de boîtes ont été vendues en 2015, pour des ventes estimées à 118 millions d'euros [1]. Les médecins généralistes (GP) sont à l'origine de 82 % des initiations de traitement et de 90 % des renouvellements de traitement dans les soins primaires [1,2]. En 2015, en France, les BZD ont été prescrits à 16,6 % des femmes et 9,7 % des hommes. Leur prévalence sur ordonnance augmente avec

Résultats

Au 12e mois, 79,5 % avaient réduit ou arrêté leur consommation (réduction moyenne de 55 %) : 57,5 % des patients avaient complètement cessé de prendre des benzodiazépines ou des médicaments apparentés (IC de 95 % : 45,4 % à 69,0 %) et 21,9 % les utilisaient occasionnellement, sur la base des prescriptions des médecins généralistes. Le pourcentage de patients ayant des prescriptions d'antidépresseurs a également diminué de 49,3 % à 31,5 % et 44,4 % des premiers utilisateurs ont cessé de prendre des antidépresseurs. Aucun facteur associé au sevrage médicamenteux n'a été identifié.

Conclusion

Cette étude d'observation suggère que l'hypnothérapie E2R pourrait être une approche prometteuse et rapide pour réduire ou arrêter les benzodiazépines ou les médicaments connexes, avec des résultats similaires à ceux obtenus avec d'autres interventions non pharmacologiques. Des essais contrôlés sont nécessaires pour confirmer son efficacité.

Mots-clés

Benzodiazepines or related, E2R hypnosis, Complementary medicine, Withdrawal, Anxiety disorders l'âge du patient, atteignant 38,3 % des femmes de plus de 80 ans [1].

Ces substances provoquent de nombreux effets secondaires bien identifiés, en particulier chez les personnes âgées, y compris les syndromes de démence, notamment la maladie d'Alzheimer, la perte d'autonomie, le risque accru de chutes, les accidents de la route, les fractures [3], [4], [5]. Ces effets sont problématiques, surtout parce que les BZD sont souvent prescrits pour de longues périodes, en violation de leur autorisation de commercialisation, ce qui constitue une mauvaise utilisation [6], [7], [8], [9]. Par conséquent, en 2015, les directives françaises ont limité les prescriptions de ces médicaments à 4 semaines pour les troubles du sommeil et à 3 mois pour les troubles anxieux [10]. Les interventions non pharmacologiques sont recommandées comme

traitement de première intention pour la gestion des troubles chroniques du sommeil (plus de 3 mois), y compris les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et la psychothérapie. Plusieurs revues systématiques et méta-analyses ont démontré leur efficacité pour cette indication et aussi pour le retrait de BZD [[11], [12], [13]]. Cependant, les TCC ne sont pas largement utilisées en France et ne sont pas remboursées en soins primaires [14]. L'hypnothérapie est un autre type d'intervention non pharmacologique qui a l'avantage d'être plus largement enseignée et accessible dans les soins primaires en France [15,16]. L'hypnose est définie comme « un état de conscience impliquant une attention concentrée et une conscience périphérique réduite caractérisé par une capacité accrue de réponse aux suggestions » [17]. De nombreuses techniques hypnotiques sont utilisées pour la gestion de l'insomnie ; cependant, leur évaluation est de qualité variable et leur efficacité est basée sur un faible niveau de preuve [[18],[19], [20]].

La méthode E2R (Emotion, Régression, Réparation) est une méthode d'hypnose formalisée et publiée en 2023, bien qu'elle soit utilisée dans les soins primaires depuis plusieurs années [21]. Dans cette approche, le thérapeute utilise l'émotion récupérée pendant la transe hypnotique comme fil conducteur de régression de l'âge vers une situation de la petite enfance qui a déclenché une expérience avec la même nuance émotionnelle. Ensuite, le patient réorganise sa propre expérience émotionnelle en fonction de ses besoins. Au cours de ce processus, le patient est accompagné étape par étape par le praticien qui suit un protocole connu sous le nom de « boucle de réparation ». La nouvelle réalité émotionnelle, vécue pendant la transe, peut remplacer la réalité factuelle du traumatisme précédent et réduire ou même éliminer la plainte. Cette approche hypnotique peut être utilisée dans un large éventail de situations cliniques et est une thérapie brève qui nécessite, en moyenne, 4 à 5 séances individuelles de 30 à 40 minutes. Les professionnels de la santé qui l'utilisent sont fédérés dans un réseau lié au seul institut de formation français où la méthode E2R est enseignée.

Cette méthode fait actuellement l'objet d'une évaluation scientifique, suivant une approche inspirée du cadre conceptuel IDEAL (Idée, Développement, Exploration, Évaluation et Suivi à long terme), qui est utilisé en particulier pour l'évaluation de thérapies innovantes complexes, par exemple en chirurgie [22]. La présente étude représente l'étape exploratoire de ce processus avant un essai contrôlé randomisé. Son objectif principal était d'estimer indirectement l'effet de la méthode E2R sur le taux de sevrage au mois 12 après la dernière séance d'hypnose chez les patients qui prenaient des BZD ou des médicaments apparentés depuis plus de 3 mois. Les objectifs secondaires étaient de mesurer les taux de sevrage des BZD ou des médicaments apparentés aux mois 3 et 6 après la dernière séance d'hypnose et pour tous les antidépresseurs associés aux mois 3, 6 et 12 après la dernière séance d'hypnose.

2. Matériaux et méthodes

2.1. Conception de l'étude

Cette étude d'observation rétrospective a été menée à l'aide de données extraites des bases de données de patients de

certaines médecins généralistes français formés à l'hypnose E2R. Le protocole était précédemment enregistré sur la plate-forme OSF (<https://osf.io/sz8t2>).

2.2. Population

Cinquante-sept médecins généralistes en pratique ambulatoire qui avaient validé les 140 heures de formation initiale dans la méthode E2R ont été approchés par courrier et par le biais de réseaux sociaux de décembre 2021 à avril 2022. Deux appels de suivi ont été passés. Au total, 21 médecins généralistes ont été recrutés sur une base volontaire.

Les patients adultes pris en charge entre le 1er janvier 2018 et le 1er octobre 2020 par ces médecins ayant un cycle d'hypnothérapie E2R qu'ils considéraient comme complet, et à qui on avait prescrit des benzodiazépines ou des médicaments apparentés (zopiclone ou zolpidem) pendant au moins 3 mois avant l'inclusion de l'intervention.

Les patients suivants n'étaient pas inclus : les patients qui n'étaient généralement pas suivis au cabinet du médecin généraliste, les patients qui n'ont pas été revus à nouveau dans l'année suivant la fin de l'hypnothérapie ; les patients régulièrement suivis par d'autres médecins, en particulier des psychiatres, susceptibles de prescrire des médicaments psychotropes ; les patients sous protection juridique ou s'opposant

2.3. Collecte de données

Tout d'abord, les médecins généralistes recrutés ont examiné les patients dans leur base de données professionnelle. Ensuite, les patients sélectionnés ont été informés de l'étude par lettre. Leur consentement a été obtenu sans objection, en l'absence de réponse après une période de réflexion de 15 jours. Une fois cette période écoulée, les médecins généralistes recrutés ont extrait les données de leur base de données professionnelle et les ont saisies sous forme électronique LimeSurvey® à l'aide d'un masque d'entrée.

Les données des patients étaient anonymes, sans possibilité de réidentification. Chaque médecin généraliste était identifié par un numéro d'identification aléatoire, attribué par un tiers de confiance, pour préserver l'anonymat des médecins, limitant ainsi le risque de biais de réponse.

Les médicaments étudiés étaient tous des BZD (classe ATC N05BA), deux molécules hypnotiques apparentées (zopiclone et zolpidem) et tous les antidépresseurs (classe ATC N06A). Les données de prescription pour ces substances ont été recueillies à l'aide des prescriptions enregistrées dans la base de données professionnelle des médecins généralistes du mois 3 avant le début de l'hypnothérapie au mois 12 après la dernière séance d'hypnose. Certaines caractéristiques du traitement d'hypnothérapie ont également été recueillies.

Le critère d'évaluation principal était le taux de BZD complet ou de sevrage du médicament connexe au mois 12 après la dernière séance d'hypnose, évalué par l'absence d'une ordonnance pour l'un de ces médicaments parmi les prescriptions en cours à ce moment-là. Les changements dans leur consommation au fil du temps ont également été quantifiés à l'aide des prescriptions enregistrées, après normalisation en équivalent milligramme de diazépam (DME) selon le tableau d'Ashton [23]. Pour ces calculs, la dose à prendre par le patient et la dose maximale

que les patients pouvaient prendre en plus, en fonction de leurs besoins perçus, ont été prises en compte.

2.4. Analyse des données

Sur la base d'un taux de retrait estimé de 30 % au mois 12 après la dernière séance d'hypnose avec une précision de $\pm 8,1$ %, un risque alpha de 5 % et une puissance de 80 %, 120 patients ont dû être évalués. L'hypothèse de 30 % était basée sur des données de la littérature sur les interventions non pharmacologiques pour le sevrage de BZD [[24], [25], [26], [27], [28], [29], [30], [31], [32], [33], [34], [35], [36], [37], [38], [39], [40], [41], [42], [43], [44]]. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SAS 9.4 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, États-Unis). Les variables quantitatives ont été décrites comme des moyennes \pm écart-type, et les variables qualitatives comme des nombres et des pourcentages. Un modèle de régression logistique par étapes multivariés a été utilisé pour identifier les variables associées au taux de sevrage au 12e mois après l'hypnothérapie.

2.5. Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital universitaire de Rennes le 22 novembre 2021 (avis n. 21.150). La base de données a été déclarée au délégué à la protection des données de l'Université Rennes 1 conformément à la réglementation française en vigueur. Le consentement explicite du patient n'est pas requis pour ce type d'étude en France.

3. Résultats

3.1. Description de l'échantillon

Soixante-treize patients ont été inclus dans l'analyse. Leurs caractéristiques et les raisons de l'hypnothérapie sont présentées dans le [tableau 1](#). Le nombre médian de séances par cycle d'hypnothérapie était de 4 (3 séances pour le premier quartile, 4 pour le troisième). La durée moyenne de la session était de $37,1 \pm 10,8$ min.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des patients et raisons d'utiliser l'hypnothérapie E2R.

	Échantillon (N = 73)
Âge au début de l'hypnothérapie (années)*	52,0 \pm 12,2
Sexe*	
Femme	54 (75,0 %)
Homme	18 (25,0 %)
Catégorie socio-professionnelle	
Agriculteurs	1 (1,4 %)
Artisans, commerçants et propriétaires d'entreprise	3 (4,1 %)
Aucune activité professionnelle	3 (4,1 %)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	15 (20,5 %)
Employés	20 (27,4 %)
Travailleurs	5 (6,8 %)
Professions intermédiaires	14 (19,2 %)
Les retraités	12 (16,4 %)
Raisons d'utiliser l'hypnothérapie	
Dépendance/dépendance	2 (2,7 %)
Sevrage des benzodiazépines	4 (5,5 %)
Anxiété ou troubles phobiques	53 (72,6%)
Troubles du sommeil	9 (12,3 %)
Troubles somatiques	5 (6,8 %)

Données présentées : moyenne \pm écart-type, n (%). *Données manquantes pour un patient.

3.2. Prescriptions BZD

À l'inclusion, les BZD ont été prescrits pour être pris uniquement en cas de besoin chez 15 patients (20,5 % [12,0 %–31,6 %]) et à prendre au moins une fois par jour chez les 58 autres (79,5 % [68,4 %–88,0 %]). Le DME

moyen à l'inclusion était de $14,2 \pm 13,6$ mg [11,0-17,4] pour tous les BZD prescrits, et de $8,2 \pm 8,6$ mg [6,2 à 10,2] lorsque seuls ceux à prendre chaque jour ont été pris en compte (Tableau 2).

Tableau 2. Changements dans la benzodiazépine et la consommation de médicaments associés après l'hypnothérapie E2R.

Fin de l'hypnothérapie du temps (N = 73)				
	Inclusion	3 mois	6 mois	12 mois
Prescription de BZD et de produits connexes, n (%) [95 % IC]				
Apport quotidien	58 (79,5 %) [68,4 %-88,0 %]	25 (34,2 %) [23,5 %-46,3 %]	23 (31,5 %) [21,1 %-43,4 %]	16 (21,9 %) [13,1 %-33,1 %]
Total (quotidien et au besoin)	73 (100,0 %) [95,1 %-100,0 %]	35 (47,9 %) [36,1 %-60,0 %]	33 (45,2 %) [33,5 %-57,3 %]	31 (42,5 %) [31,0 %-54,6 %]
DME moyenne en milligrammes, moyenne \pm écart-type, [95 % IC].				
Quotidiennement	$8,2 \pm 8,6$ [6,2–10,2]	$3,8 \pm 8,5$ [1,9-5,8]	$3,2 \pm 7,7$ [1,4–4,9]	$2,6 \pm 7,4$ [0,8–4,3]
Total (quotidien et au besoin)	$14,2 \pm 13,6$ [11,0-17,4]	$5,7 \pm 9,9$ [3,4–8,1]	$5,1 \pm 9,4$ [2,9 à 7,3]	$4,6 \pm 9,4$ [2,4–6,8]

Douze mois après la dernière séance d'hypnose, le sevrage complet de la BZD a été observé chez 42 patients (57,5 % [45,4 %–69,0 %]) (Fig. 1). Seize patients (21,9 % [13,1 %–33,1 %]) ont conservé une ordonnance pour un traitement

à prendre en routine. Le DME moyen au mois 12 était de $4,6 \pm 9,4$ mg [2,4–6,8] pour tous les BZD prescrits, et de $2,6 \pm 7,4$ mg [0,8–4,3] lorsque seuls ceux à prendre chaque jour étaient pris en compte.

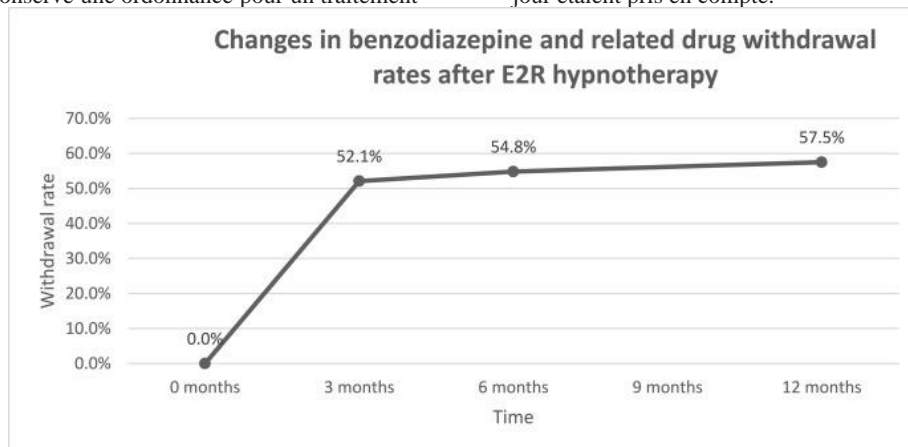


Fig. 1. Taux de sevrage des benzodiazépines et des médicaments associés de l'inclusion (0 mois) à 12 mois après l'hypnothérapie E2R.

Parmi les 31 patients qui n'avaient pas complètement arrêté de prendre du BZD au mois 12, 16 (51,6 % [33,1 %–69,8 %]) avaient réduit la dose, en moyenne de 55 % [49,0 %–61,0 %]. Dans l'ensemble, 58 patients (79,5 %, [68,4 %–

88,0 %]) ont arrêté ou réduit leur consommation de BZD. La consommation de BZD est restée inchangée chez 14 patients (19,2 % [10,9 %–30,1 %]) et a augmenté chez 1 (1,4 % [0,0 %–7,4 %]) (Fig. 2).

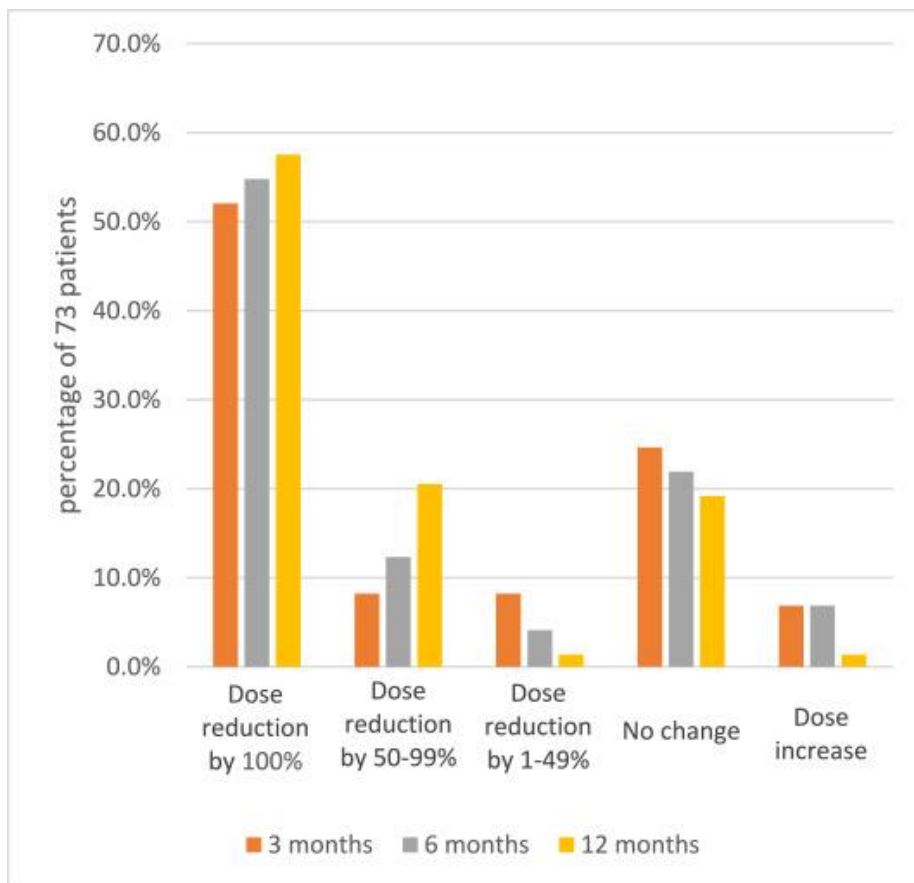


Fig. 2. Répartition des patients en fonction des changements de la benzodiazépine et des prescriptions médicamenteuses connexes après l'hypnothérapie E2R (n = 73 patients).

3.3. Prescriptions antidépresseurs

Des antidépresseurs ont été prescrits à 36 (49,3 %, 95 % IC [37,4 % ; 61,3 %]) patients au début de l'hypnothérapie et à 23 (31,5 %, 95 % IC [21,1 % ; 43,4 %]) au mois 12 après l'intervention, y compris 3 patients qui ont commencé le traitement dans les mois qui ont suivi la dernière séance d'hypnose (Fig. 3). Comme 16 patients ont arrêté le traitement dans les 12 mois suivant la dernière séance d'hypnose, le taux de sevrage des antidépresseurs était de 44,4 % [27,9 % à 61,9 %] au 12e mois après l'intervention.

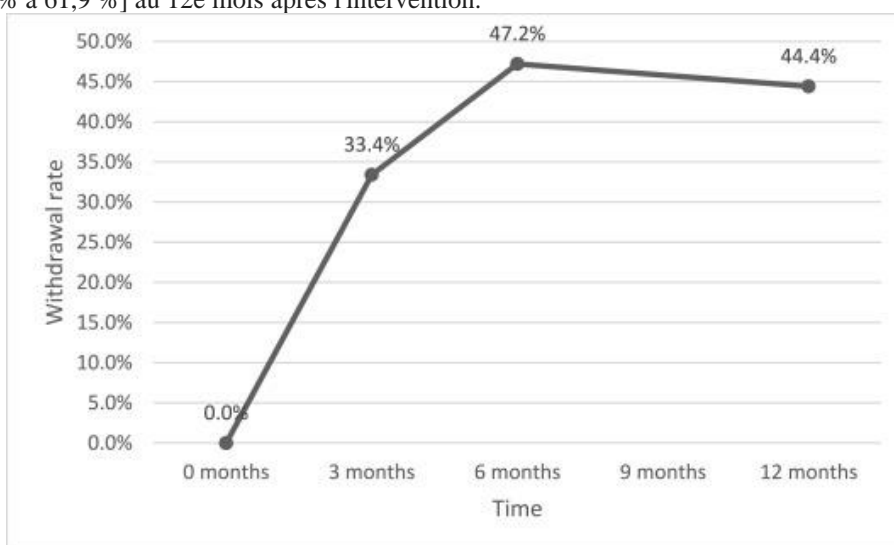


Fig. 3. Taux de retrait des antidépresseurs de l'inclusion (0 mois) à 12 mois après l'hypnothérapie E2R.

3.4. Analyse de régression logistique

Aucune association significative entre la BZD et le retrait de médicaments connexe au 12e mois et les variables d'intérêt n'a été trouvée dans les analyses univariées

(tableau 3). Par conséquent, aucune analyse de régression logistique multivariée n'a été effectuée.

Tableau 3. Analyse logistique univariée du sevrage des benzodiazépines au mois 12 après la fin de l'hypnothérapie.

	Taux de retrait au mois 12	OU [95 % IC]	Valeur p
Âge			<i>P = 0,3378</i>
≥60 ans (n = 17)	11	1	
40 à 60 ans (n = 44)	35	2,17 [0,64–7,39]	
≤40 ans (n = 10)	9	3,58 [0,46–28,07]	
sexe			<i>p = 0,4840</i>
Homme (n = 18)	13	1	
Femme (n = 53)	42	1,54 [0,46–5,18]	
Catégorie socio-professionnelle			<i>P = 0,6130</i>
Retraité (n = 11)	6	1	
Agriculteurs (n = 1)	1	2,16 [0,02–226,70]	
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise (n = 3)	2	1,22 [0,09–16,50]	
Aucune activité professionnelle (n = 3)	3	5,13 [0,14–189,41]	
Gestionnaires et professionnels (n = 14)	14	22,73 [1,00–517,85]	
Employés (n = 20)	16	2,69 [0,56–12,87]	
Travailleurs (n = 5)	4	2,20 [0,21–22,52]	
Professions intermédiaires (n = 14)	9	1,27 [0,26–6,14]	
Nombre de séances d'hypnose			<i>P = 0,8679</i>
≥4 (n = 44)	34	1	
≤3 (n = 27)	21	1,10 [0,36–3,39]	
Durée moyenne de la session			<i>P = 0,7941</i>
≤30 min (n = 29)	22	1	
≥30 min (n = 42)	33	1,16 [0,38–3,51]	
Raisons de l'hypnothérapie			<i>P = 0,5070</i>
Dépendance/Addiction (n = 2)	1	1	
Sevrage des benzodiazépines (n = 3)	2	2,33 [0,07–77,31]	
Troubles anxieux ou phobiques (n = 52)	43	4,68 [0,27–81,82]	
Troubles du sommeil (n = 9)	6	1,86 [0,08–40,88]	
Troubles somatiques (n = 5)	3	1,40 [0,05–37,68]	
Antidépresseurs			<i>p = 0,3078</i>
Non	37	1	
OUI	36	1,79 [0,58–5,50]	

OU = odds ratio.

4. Discussion

Dans cette étude exploratoire, 57,5 % des patients prenant des BZD ou des médicaments apparentés (zopiclone ou zolpidem) pendant plus de 3 mois, au mépris des directives médicales françaises, ont été sevrés au 12^e mois après la dernière séance d'hypnose E2R. Chez la plupart de ces patients, le sevrage a été observé dans les premiers mois après l'intervention et chez plus de la moitié déjà après 3 mois. Dans l'ensemble, ~80 % des patients ont complètement arrêté les BZD ou ont réduit leur dose de BZD. Ces résultats suggèrent que l'hypnothérapie E2R pourrait avoir un effet précoce et prolongé sur la consommation de BZD et de substances apparentées. Bien qu'elle ne soit pas spécifiquement conçue à cette fin, cette étude suggère également un effet sur le sevrage des antidépresseurs : près de la moitié des patients qui prenaient des antidépresseurs au début de l'hypnothérapie les avaient arrêtés après l'intervention.

À notre connaissance, aucune étude publiée n'a évalué la valeur de l'hypnothérapie dans le BZD et le sevrage des médicaments connexes. Par conséquent, cette étude fournit de nouvelles informations sur ce type d'intervention non pharmacologique pour cette indication. En l'absence de comparaison possible avec d'autres techniques d'hypnothérapie, il est impossible de déterminer l'efficacité spécifique de la méthode E2R par rapport à d'autres approches.

D'autre part, plusieurs études ont évalué l'effet d'autres interventions chez les patients traités par BZD pendant plus de 3 mois, en particulier la substitution par une autre substance [26,31,34], les programmes de réduction de la dose [25,32,33,35,36,40,42], le soutien psychologique ou la relaxation [32] et les TCC [27,28,30,38,41,44] (un tableau récapitulatif est disponible dans le [tableau supplémentaire A1](#)). Ces études avaient des méthodes et des populations hétérogènes et impliquaient souvent un petit nombre de patients, limitant ainsi la portée de leurs résultats. L'effet sur les taux de sevrage des médicaments semble être similaire entre les études. De nombreuses études ont évalué les TCC et ont rapporté des taux de retrait de 33 % à 83 % après l'intervention.

Il y a peu d'études comparables dans la littérature qui ont utilisé le concept de DME. Cette méthode de comparaison de dose a ses limites, liées en particulier à la variabilité individuelle des effets BZD, et n'est donc pas universellement utilisée [37]. Cependant, en 2003, un essai randomisé a utilisé le DME pour comparer la TCC combinée à un programme de diminution de la dose BZD *par rapport* à la diminution progressive de la dose seule chez les patients âgés d'insomnie de plus de 50 ans. Plus de 80 % des patients du groupe d'intervention combiné ont réduit leur dose de plus de 50 % après 12 mois de traitement [30].

À notre connaissance, peu d'études ont évalué le sevrage des antidépresseurs à l'aide d'interventions non pharmacologiques. Certaines études ont évalué la réduction de la dose d'antidépresseurs combinée à la TCC et ont signalé des taux de sevrage allant de 40 % à 75 % chez les patients atteints de troubles anxio-dépressifs [[45], [46], [47], [48]].

La comparaison indirecte de nos résultats avec ces travaux précédents suggère que l'hypnothérapie E2R peut être proche en efficacité de ces interventions pour le retrait ou la réduction de BZD, bien qu'une étude interventionnelle soit nécessaire pour confirmer cette hypothèse. Cependant,

chez la plupart des patients évalués ici, l'hypnothérapie a été utilisée pour la gestion des troubles anxio-dépressifs ou du sommeil, et non directement pour le sevrage de BZD. Par conséquent, une intervention d'hypnothérapie spécifiquement indiquée pour l'arrêt du BZD pourrait avoir un effet encore plus important.

L'évaluation de 12 mois correspond à une période de suivi plus longue que dans la plupart des études. Cela a permis d'éviter un effet de rebond potentiel dans la consommation de drogues quelques mois après l'intervention, comme déjà observé [49,50]. Chez les patients prenant des BZD pendant une longue période, le sevrage semblait se produire tôt, puis être maintenu au fil du temps, comme le montrent les résultats aux mois 3, 6 et 12 après la dernière séance d'hypnose. Cela plaide en faveur de l'efficacité de la technique et suggère un effet prolongé. Par rapport à d'autres approches, cette intervention non pharmacologique a la spécificité de traiter directement le processus pathologique qui a conduit à la prescription/prise de médicaments (c'est-à-dire le trouble anxio-dépressif/trouble du sommeil) et pas seulement sa conséquence (c'est-à-dire la prise de médicaments). Cette différence d'approche pourrait contribuer à un effet plus durable, donnant à l'hypnothérapie un avantage. De plus, ces effets ont été observés après un nombre limité de séances (en moyenne, 4 séances de 37 minutes). Cela pourrait également donner à l'hypnothérapie E2R un avantage par rapport à d'autres traitements qui nécessitent un plus grand nombre de séances, y compris certaines TCC [51].

Outre la nature innovante de l'étude et la valeur de l'évaluation de 12 mois, d'autres caractéristiques de cette étude renforcent son intérêt et la validité de ses résultats. En maintenant l'anonymat des médecins recrutés, le risque d'autocensure par peur d'être jugés était limité, ce qui rendait la collecte de données plus objective. Le recrutement de médecins généralistes qui utilisent la même méthode d'hypnose et font partie du même réseau de formation a également assuré une plus grande harmonie de la pratique, et donc une meilleure évaluation de l'effet spécifique de cette méthode d'hypnothérapie.

Cependant, cette étude présente plusieurs limites. Premièrement, il ne s'agissait pas d'une étude directement comparative ou interventionnelle, et il n'est pas possible de conclure officiellement à l'efficacité de l'intervention, malgré ses résultats encourageants en termes de comparaisons indirectes. Un groupe témoin n'a pas été inclus pour éviter des conclusions erronées dans une étude de faible puissance. L'utilisation de données sur ordonnance ne fournit pas d'informations précises sur la quantité réelle de BZD et de médicaments connexes consommés par les patients. Cependant, leur distribution est soumise à prescription médicale en France, et ces données peuvent être considérées comme un assez bon reflet de la consommation, en particulier dans le contexte d'une surveillance dans le temps. Dans tous les cas, le risque est plutôt de surestimer la consommation, ce qui aurait tendance, compte tenu des résultats, à sous-estimer l'effet de l'intervention, renforçant ainsi les conclusions de ce travail.

Dans cette étude, il a été décidé de ne pas définir de critères d'inclusion liés aux symptômes ou aux raisons du traitement d'hypnothérapie. Ce choix peut sembler limitant en termes d'interprétation des résultats, mais il correspond

à la perspective exploratoire recherchée pour ce travail, dans le cadre de l'approche IDEAL.

La collecte rétrospective de données basée sur la participation volontaire des médecins généralistes peut avoir conduit à un biais de sélection et d'information. Par exemple, les inclusions peuvent ne pas avoir été exhaustives, ou peuvent avoir impliqué plus de médecins généralistes ou de patients ayant des effets positifs de l'intervention. Cependant, en plus de maintenir l'anonymat des médecins généralistes, les instructions d'inclusion ont été transmises et expliquées à plusieurs reprises, insistant sur la nécessité d'être exhaustives afin de limiter ce parti pris. D'autres études sont nécessaires pour évaluer l'effet de l'hypnothérapie de manière plus objective, et elles sont planifiées dans le cadre de l'évaluation plus large de la méthode E2R.

La taille de l'échantillon était plus petite que prévu et nécessaire. Le nombre de patients éligibles dans la base de données des médecins généralistes a peut-être été surestimé. À cet égard, une hypothèse, à confirmer, est que ces médecins généralistes particuliers ne prescrivent pas de BZD à long terme. Le fait qu'ils utilisent l'hypnothérapie dans le cadre de leur pratique de routine

5. Conclusion

Cette étude exploratoire suggère que l'hypnothérapie E2R pourrait être une alternative crédible à d'autres interventions non pharmacologiques pour le sevrage de la BZD chez les patients sous traitement à long terme de la BZD. Plus largement, nos résultats renforcent l'intérêt d'évaluer si l'hypnose E2R pourrait contribuer à la gestion de l'anxiété et des troubles du sommeil ainsi que de la dépendance. Dans le cadre de l'approche IDEAL, son

Déclaration de contribution des auteurs

B. Bastian : Rédaction - révision et édition, Rédaction - brouillon original, Validation, Supervision, Méthodologie, Enquête, Curation de données, Conceptualisation. **F. Martineau** : Rédaction - brouillon original, Méthodologie, Enquête, Curation de données, Conceptualisation. **M. Esvan** : Rédaction - brouillon original, analyse formelle, conservation des données. **S.L. Mamoune** : Rédaction - révision et édition, Rédaction - brouillon original. **E. Mener** : Rédaction - révision et édition, Rédaction - brouillon original, Validation, Supervision, Méthodologie, Enquête, Curation de données, Conceptualisation.

Déclaration d'intérêt

L'un des auteurs (EM) est cofondateur et formateur rémunéré de "Hypnose et santé formation", une organisation éducative française qui propose des séminaires de formation en hypnothérapie en utilisant la

Bibliographie :

- [1] ANSM, État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. <https://doi.org/10.1016/j.ansm.2017.00001>, 2017.
- [2] A. Cadet-Taïrou, T. Canarelli, S. Escots, F. Facy, L. Lanfumey-Mongredien, M. Lapeyre-Mestre, et al., Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). <https://doi.org/10.1016/j.ins.2012.00002>, 2012.

pourrait également contribuer à ce résultat, compte tenu de l'effet potentiel observé dans cette étude. Une autre hypothèse est que certains patients n'ont pas eu besoin de suivi au 12e mois après la fin de l'intervention et ont donc été perdus de vue. Dans tous les cas, le taux de retrait observé était presque le double de l'estimation de 30 % utilisée pour calculer le nombre souhaité de sujets, ce qui limite les conséquences de ce problème. De plus, le nombre de patients était similaire à celui d'études similaires [25],[27], [28], [29], [30],[33],[35], [36], [37], [38],[40], [41], [42],[44].

Comme les antidépresseurs n'ont été prescrits qu'à environ la moitié des patients inclus, les résultats sur les changements d'utilisation des antidépresseurs doivent être interprétés avec prudence. Ce n'était qu'un critère secondaire dans cette étude, et d'autres études sont nécessaires.

Enfin, le modèle de régression logistique n'a identifié aucun facteur associé à la consommation/au retrait du BZD dans cette population. Le manque de pouvoir statistique peut avoir affecté cette analyse, empêchant l'identification de variables corrélées au retrait de BZD.

efficacité doit maintenant être confirmée de manière formelle, notamment dans une étude interventionnelle contrôlée randomisée. Le boom actuel de l'utilisation de l'hypnose médicale dans les soins primaires suggère que l'hypnothérapie E2R pourrait devenir une option thérapeutique de premier plan pour ces indications dans les années à venir

méthode E2R. Les autres auteurs ne signalent aucun intérêt concurrent.

Remerciements

Cet article a été soutenu par le réseau français d'hôpitaux universitaires HUGO (« Hôpitaux universitaires du Grand Ouest »). Nous remercions profondément Elisabetta Andermarcher pour l'aide médicale à la rédaction.

Annexe A. Données supplémentaires

Voici les données supplémentaires à cet article

: [Télécharger : Télécharger le document Word \(31KB\)](#)

Composant multimédia 1.

- [3] B.E. Smink, A.C.G. Egberts, K.J. Lusthof, D.R.A. Uges, J.J. de Gier, The relationship between benzodiazepine use and traffic accidents, *CNS Drugs* 24 (2010) 639–653, <https://doi.org/10.2165/00023210-201024080-00001>.
- [4] S. Hartikainen, E. Lonnroos, K. Louhivuori, Medication as a risk factor for falls: critical systematic review, *J. Gerontol.* 62 (2007) 1172–1181, <https://doi.org/10.1093/geronj/62.10.1172>.

- [5] C.C. Kan, S.R. Hilberink, M.H.M. Breteler, Determination of the main risk factors for benzodiazepine dependence using a multivariate and multidimensional approach, *Compr. Psychiatry* 45 (2004) 88–94, <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.02.002>.
- [6] S.L. Gray, A.E. Eggen, D. Blough, D. Buchner, A.Z. LaCroix, Benzodiazepine use in older adults enrolled in a health maintenance organization, *Am. J. Geriatr. Psychiatr.* 11 (2003) 568–576, <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.11.5.568>.
- [7] L.B. Gerlach, D.T. Maust, S.H. Leong, S. Mavandadi, D.W. Oslin, Factors associated with long-term benzodiazepine use among older adults, *JAMA Intern. Med.* 178 (2018) 1560–1562, <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3103>.
- [8] G.E. Simon, E.J. Ludman, Outcome of new benzodiazepine prescriptions to older adults in primary care, *Gen. Hosp. Psychiatry* 28 (2006) 374–378, <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2006.02.007>.
- [9] G. Airagnes, C. Lemogne, A. Renuy, M. Goldberg, N. Hoertel, Y. Roquelaure, et al., Prevalence of prescribed benzodiazepine long-term use in the French general population according to sociodemographic and clinical factors: findings from the CONSTANCES cohort, *BMC Public Health* 19 (2019) 566, <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6928-6>.
- [10] HAS, Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. <https://doi.org/10.1016/j.has.2015.00010>, 2015.
- [11] A. van Straten, T. Van der Zweerde, A. Kleiboer, P. Cuijpers, C.M. Morin, J. Lancee, Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: a meta-analysis, *Sleep Med. Rev.* 38 (2018) 3–16, <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.02.001>.
- [12] J.M. Trauer, M.Y. Qian, J.S. Doyle, S.M.W. Rajaratnam, D. Cunnington, Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: a systematic review and meta-analysis, *Ann. Intern. Med.* 163 (2015) 191–204, <https://doi.org/10.7326/M14-2841>.
- [13] M. Jansson-Fröjmark, A. Norell-Clarke, The cognitive treatment components and therapies of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review, *Sleep Med. Rev.* 42 (2018) 19–36, <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.05.001>.
- [14] SFTG - HAS, Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale, *Med Sommeil* 4 (2007) 5–27, <https://doi.org/10.1016/j.msom.2007.03.002>.
- [15] G. Chabridon, N. Nekrouf, A. Bioy, Etat des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français, *L'Encéphale* 43 (2017) 498–501, <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.03.012>.
- [16] INSERM, J. Gueguen, C. Barry, C. Hassler, B. Falissard, Evaluation of the effectiveness of the practice of hypnosis. <https://doi.org/10.1016/j.inserm.2015.00001>, 2015.
- [17] G.R. Elkins, A.F. Barabasz, J.R. Council, D. Spiegel, Advancing research and practice: the revised APA division 30 definition of hypnosis, *Am. J. Clin. Hypn.* 57 (2015) 378–385, <https://doi.org/10.1080/00029157.2015.1011465>.
- [18] T.H. Lam, K.F. Chung, W.F. Yeung, B.Y.M. Yu, K.P. Yung, T.H.Y. Ng, Hypnotherapy for insomnia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *Compl. Ther. Med.* 23 (2015) 719–732, <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.07.001>.
- [19] I. Chamine, R. Atchley, B.S. Oken, Hypnosis intervention effects on sleep outcomes: a systematic review, *J. Clin. Sleep Med.* 14 (2018) 271–283, <https://doi.org/10.5664/jcsm.6958>.
- [20] S. Mamoune, E. Mener, A. Chapron, J. Poimboeuf, Hypnotherapy and insomnia: a narrative review of the literature, *Compl. Ther. Med.* 65 (2022) 102805, <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2022.102805>.
- [21] E. Mener, A.C. Mener, The E2R (Emotion, Regression, Repair) method: a case study of this new pragmatic hypnotherapy technique, *Compl. Ther. Clin. Pract.* 50 (2023) 101701, <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101701>.
- [22] A. Hirst, Y. Philippou, J. Blazeby, B. Campbell, M. Campbell, J. Feinberg, M. Rovers, N. Blencowe, C. Pennell, T. Quinn, W. Rogers, J. Cook, A.G. Kolas, R. Agha, P. Dahm, A. Sedrakyan, P. McCulloch, No surgical innovation without evaluation: evolution and further development of the IDEAL framework and recommendations, *Ann. Surg.* 269 (2019) 211–220, <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002794>.
- [23] H. Ashton, Benzodiazepine equivalence table, in: *Benzodiazepines: How They Work & How to Withdraw (The Ashton Manual)*, 2002. Available: <http://www.benzo.org.uk/bzequiv.htm>.
- [24] E. Reeve, M. Ong, A. Wu, J. Jansen, M. Petrovic, D. Gnjidic, A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people, *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 73 (2017) 927–935, <https://doi.org/10.1007/s00228-017-2257-8>.
- [25] C. Lopez-Peig, X. Mundet, B. Casabella, J.L. del Val, D. Lacasta, E. Diogene, Analysis of benzodiazepine withdrawal program managed by primary care nurses in Spain, *BMC Res. Notes* 5 (2012) 684, <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-684>.
- [26] M. Petrovic, D. Pevernagie, N. Van Den Noortgate, A. Mariman, W. Michielsen, M. Afschrift, A programme for short-term withdrawal from benzodiazepines in geriatric hospital inpatients: success rate and effect on subjective sleep quality, *Int. J. Geriatr. Psychiatr.* 14 (1999) 754–760, [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1099-](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1099-)
- [27] P. Gosselin, R. Ladouceur, C.M. Morin, M.J. Dugas, L. Baillargeon, Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: a randomized trial of cognitive-behavioral therapy, *J. Consult. Clin. Psychol.* 74 (2006) 908–919, <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.908>.
- [28] K. O'Connor, A. Marchand, L. Brousseau, F. Aardema, N. Mainguy, P. Landry, et al., Cognitive-behavioural, pharmacological and psychosocial predictors of outcome during tapered discontinuation of benzodiazepine, *Clin. Psychol. Psychother.* 15 (2008) 1–14, <https://doi.org/10.1002/cpp.569>.
- [29] C. Vicens, F. Bejarano, E. Sempere, C. Mateu, F. Fiol, I. Socias, et al., Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care, *Br. J. Psychiatry* 204 (2014) 471–479, <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128751>.
- [30] L. Baillargeon, P. Landreville, R. Verreault, J.P. Beauchemin, J.P. Grégoire, C. M. Morin, Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated

- with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial, *CMAJ (Can. Med. Assoc. J.)* 169 (2003) 1015–1020, <https://doi.org/10.1503/cmaj.1031326>.
- [31] C. Garzon, J.M. Guerrero, O. Aramburu, T. Guzman, Effect of melatonin administration on sleep, behavioral disorders and hypnotic drug discontinuation in the elderly: a randomized, double-blind, placebo-controlled study, *Aging Clin. Exp. Res.* 21 (2009) 38–42, <https://doi.org/10.1007/BF03324788>.
- [32] M.W. Otto, M.G. McHugh, et al., Efficacy of CBT for benzodiazepine discontinuation in patients with panic disorder: further evaluation, *Behav. Res. Ther.* 48 (2010) 720–727, <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.005>.
- [33] C. Vicens, E. Sempere, F. Bejarano, I. Socias, C. Mateu, F. Fiol, et al., Efficacy of two interventions on the discontinuation of benzodiazepines in long-term users: 36-month follow-up of a cluster randomised trial in primary care, *Br. J. Gen. Pract.* 66 (2016) e85–e91, <https://doi.org/10.3399/bjgp16X683485>.
- [34] M. Petrovic, D. Pevernagie, A. Mariman, G. Van Maele, M. Afschrift, Fast withdrawal from benzodiazepines in geriatric inpatients: a randomised double-blind, placebo-controlled trial, *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 57 (2002) 759–764, <https://doi.org/10.1007/s00228-001-0413-z>.
- [35] J. Bourgeois, M.M. Elseviers, L. Van Bortel, M. Petrovic, R.H.V. Stichele, Feasibility of discontinuing chronic benzodiazepine use in nursing home residents: a pilot study, *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 70 (2014) 1251–1260, <https://doi.org/10.1007/s00228-014-1748-8>.
- [36] G.B. Ten Wolde, A. Dijkstra, P. Van Empelen, W. Van Den Hout, A. Knuistingh Neven, F. Zitman, Long-term effectiveness of computer-generated tailored patient education on benzodiazepines: a randomized controlled trial, *Addiction* 103 (2008) 662–670, <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02110.x>.
- [37] J. Brandt, W. Alkabanni, S. Alessi-Severini, C. Leong, Translating benzodiazepine utilization data into meaningful population exposure: integration of two metrics for improved reporting, *Clin. Drug Invest.* 38 (2018) 565–572, <https://doi.org/10.1007/s40261-018-0662-5>.
- [38] R.C.O. Voshaar, W.J.M.J. Gorgels, A.J.J. Mol, A.J.L.M. Van Balkom, J. Mulder, E.H. Van De Lisdonk, et al., Long-term outcome of two forms of randomised benzodiazepine discontinuation, *Br. J. Psychiatry* 188 (2006) 188–189, <https://doi.org/10.1192/bjp.188.2.188>.
- [39] H.V. Curran, R. Collins, S. Fletcher, S.C.Y. Kee, B. Woods, S. Iliffe, Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life, *Psychol. Med.* 33 (2003) 1223–1237, <https://doi.org/10.1017/S0033291703008234>.
- [40] M. Salonoja, M. Salminen, P. Aarnio, T. Vahlberg, S.L. Kivela, One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and related drugs among community-dwelling older persons, *Age Ageing* 39 (2010) 313–319, <https://doi.org/10.1093/ageing/afq004>.
- [41] C.M. Morin, C. Bastien, B. Guay, M. Radouco-Thomas, J. Leblanc, A. Vallières, Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia, *Am. J. Psychiatr.* 161 (2004) 332–342, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.332>.
- [42] C. Tannenbaum, P. Martin, R. Tamblyn, A. Benedetti, S. Ahmed, Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial, *JAMA Intern. Med.* 174 (2014) 890–898, <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.949>.
- [43] F. Naccache, F. Vorspan, Outpatient benzodiazepine withdrawal strategies: *Revue de la littérature*, *Presse Med.* 47 (2018) 899–912, <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.06.016>.
- [44] R.C.O. Voshaar, W.J.M.J. Gorgels, A.J.J. Mol, A.J.L.M. van Balkom, E.H. Van de Lisdonk, M.H.M. Breteler, et al., Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioural therapy: three-condition, randomised controlled trial, *Br. J. Psychiatry* 182 (2003) 498–504, <https://doi.org/10.1192/bjp.182.6.498>.
- [45] J. Geoffrion, Influence de l’hypnose ericksonienne sur la consommation de benzodiazépines et molécules apparentées chez des patients d’Ille-et-Vilaine et des Côtes d’Armor, in: Université de Rennes 1; 2016
- [46] C.L.H. Bockting, N.S. Klein, H.J. Elgersma, G.D. van Rijsbergen, C. Slofstra, J. Ormel, et al., Effectiveness of preventive cognitive therapy while tapering antidepressants versus maintenance antidepressant treatment versus their combination in prevention of depressive relapse or recurrence (DRD study): a three-group, multicentre, randomised controlled trial, *Lancet Psychiatry* 5 (2018) 401–410, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30100-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30100-0).
- [47] W. Kuyken, S. Byford, R.S. Taylor, E. Watkins, E. Holden, K. White, et al., Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression, *J. Consult. Clin. Psychol.* 76 (2008) 966–978, <https://doi.org/10.1037/a0013786>.
- [48] W. Kuyken, R. Hayes, B. Barrett, R. Byng, T. Dalgleish, D. Kessler, et al., Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial, *Lancet* 386 (2015) 63–73, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4).
- [49] E.V. Leeuwen, M.L. van Driel, M.A. Horowitz, T. Kendrick, M. Donald, A.I., D. Sutter, et al., Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults, *Cochrane Database Syst. Rev.* (2021), <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013495.pub2>.
- [50] C.M. Morin, L. Bélanger, C. Bastien, A. Vallières, Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia: a survival analysis of relapse, *Behav. Res. Ther.* 43 (2005) 1–14, <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.002>.
- [51] A. Vallières, B. Guay, C.M. Morin, L’ABC du traitement cognitivo-comportemental de l’insomnie primaire, *Le Médecin du Québec*. 39 (2004) 85–96.