

# **La place de l'hypnose dans les troubles post- traumatiques**

---

**Diplôme Inter Universitaire : Santé des migrants**

**Année universitaire 2016 - 2017**

**Coordonnateur : Pr Olivier Bouchaud**

**Université Paris 13**

Aurélien Guittard

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	1
<i>Les troubles post traumatiques.</i> .....	1
- L'état de stress aigu ou réaction aiguë à un facteur de stress .....	1
- L'état de stress post-traumatique (ESPT).....	2
- Les troubles post traumatiques complexes (trouble développemental traumatique) .....	2
<i>L'hypnose</i> .....	2
MATERIELS ET METHODE.....	4
RÉSULTATS .....	5
<i>Première équation de recherche</i> .....	5
Nombre d'articles sélectionnés .....	5
Caractéristiques des articles sélectionnés .....	5
<i>Deuxième équation de recherche</i> .....	6
Nombre d'articles sélectionnés .....	6
DISCUSSION.....	7
Analyse des résultats.....	7
Points forts et limites de l'étude.....	7
Pertinence de l'hypnose dans les troubles post-traumatiques.....	8
Pertinence et limites de l'hypnose pour les patients migrants.....	8
CONCLUSION .....	10
BIBLIOGRAPHIE .....	11

# INTRODUCTION

## **Les troubles post traumatiques.**

Les troubles post-traumatiques sont des pathologies complexes et invalidantes définies par la CIM-10 comme une réaction à « une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus »[1].

Leur prévalence est difficile à établir, principalement en raison d'un sous-diagnostic[1]. Pour la population européenne, elle est estimée à 0,9% pour les hommes et 2,9% pour les femmes [1] (à titre de comparaison, une étude américaine avance une prévalence de 5% pour les hommes et 10% pour les femmes [2]).

Concernant les populations migrantes, il n'a pas été possible d'obtenir de chiffres concordants, mais on peut supposer que la prévalence y est bien plus forte que dans la population générale. [3] Car la cause de la migration, le trajet migratoire ou les conditions de vie dans les pays d'arrivée peuvent fréquemment être générateurs de traumatisme.

Ces troubles sont fortement associés à différentes pathologies psychiques (addictions, troubles du sommeil, troubles de l'humeur, troubles anxieux, conduites suicidaires, troubles de la personnalité, ...) [1], [4] ou (psycho)somatiques (diabète, troubles métaboliques, ...)[5]. Ces comorbidités peuvent être le principal motif de plainte présenté au clinicien.

La nosographie internationale distingue trois syndromes principaux :

- **L'état de stress aigu ou réaction aigue à un facteur de stress**

Il correspond à des symptômes perturbant la vie sociale et/ou professionnelle sur une durée ne dépassant pas un mois [1], [4]. Les symptômes retenus sont les mêmes que ceux détaillés dans l'état de stress post-traumatique (cf. infra). [1]

## - **L'état de stress post-traumatique (ESPT)**

Pour la CIM-10, le diagnostic repose sur le trépied : syndrome intrusif (reviviscence du traumatisme, cauchemars répétitifs), syndrome d'évitement (des éléments associés ou rappelant le traumatisme, possible émoussement affectif), hyperactivation végétative (hypervigilance, insomnie, ...).[1], [6]. Il fait généralement suite à un événement traumatique unique (trauma de type 1).

## - **Les troubles post traumatiques complexes** (trouble développemental traumatique)

De définition plus récente, ce sont des troubles de présentation variable qui font suite à des traumatismes répétés, dits de type 2 (torture, maltraitance, ...) [1], [6]. Ils peuvent se composer de troubles de la régulation des émotions (émoussement affectif, ...), troubles cognitifs (troubles des apprentissages, ...), troubles du comportement, modification profonde des systèmes de pensées (croyances erronées), difficultés relationnelles [1], [4]. Un lien encore controversé est fait entre ce syndrome et certains troubles graves de la personnalité.[1], [4]

## **L'hypnose**

L'hypnose médicale moderne a été conceptualisée par Milton Erickson comme un état psychique physiologique et fréquent, qui est induit par le thérapeute pour utiliser les capacités et les résistances du sujet, afin que ce dernier trouve ses propres solutions en lui-même. [7]

L'académie nationale de médecine la définit comme un « état d'attention focalisée et "d'absorption interne" avec suspension partielle de l'éveil, assez comparable à l'absorption dans certaines pensées lors d'actions de type automatique comme la conduite automobile. »[8]

La technique hypnotique est utilisée à visée thérapeutique (on parle d'hypnothérapie) en Occident depuis au moins 200 ans. [7], [9] Après avoir été délaissée par la médecine moderne au début du XXème siècle, elle se redéveloppe ensuite, en grande partie grâce aux travaux de Milton Erickson.

Actuellement, ce type de psychothérapie semble connaître un succès grandissant auprès des soignants et des soignés. Mais elle ne bénéficie pas en France, à l'heure actuelle, de reconnaissance de statut par les autorités sanitaires ni de cadre réglementaire répondant de la qualité des soins.

L'utilisation de l'hypnose dans le traitement des troubles post-traumatiques est ancienne.

Bien que reposant sur des fondements intellectuels désormais désuets, un protocole de traitement par hypnose de la « névrose traumatique » est développé par Pierre Janet dès 1889. Il inspire encore actuellement les praticiens dans la prise en charge de l'ESPT [2], [6], [10].

Des exemples d'utilisation de l'hypnose sont également décrits tout au long du XXème siècle, dans la médecine militaire américaine, plus particulièrement lors de la deuxième guerre mondiale et lors de la guerre du Vietnam. [6], [11], [12]

Le précédent ne faisant pas force de loi, nous avons voulu rechercher les arguments que la « médecine basée sur les preuves » pouvait apporter pour déterminer la pertinence de ce type de psychothérapie dans la prise en charge des troubles post-traumatiques.

Nous avons réalisé une revue de la littérature en nous intéressant aux publications étudiant l'efficacité de l'hypnose dans le traitement de l'ESPT. Puis nous avons recentré notre recherche sur la prise en charge des troubles post traumatiques au sein de populations migrantes (contexte de migration récente : « migrants », « refugees », « asylum-seekers ») pour voir quelle place y était dévolue à l'hypnose.

Après une présentation de la méthodologie utilisée et des résultats obtenus, nous discuterons ces deux premières parties. Puis nous compléterons ce propos par des arguments issus de sources différentes.

# MATERIELS ET METHODE

La méthodologie utilisée est celle d'une revue de la littérature. Avec dans un premier temps, une recherche manuelle sur GOOGLE SCHOLAR puis une revue systématique sur le moteur de recherche PUBMED.

Les critères d'inclusion sont les articles :

- écrits en langue anglaise ou française
- correspondants à des essais cliniques, des méta-analyses, des revues de littérature systématiques ou non.

Les critères d'exclusion sont :

- les publications décrivant une autre méthodologie (description de cas par exemple)
- les publications ne traitant pas de l'hypnose.

La première équation de recherche utilisée est :

(hypno\*) AND (PTSD OR posttraumatic stress OR traumatic stress) NOT (hypnotic\*) [13]

Une recherche complémentaire suivant le même procédé a été réalisée avec une deuxième équation de recherche :

(treatment) AND (migrants OR refugees OR asylum-seekers) AND (PTSD OR posttraumatic stress OR traumatic stress)

# RÉSULTATS

## Première équation de recherche

### Nombre d'articles sélectionnés

La recherche automatique a permis d'identifier 55 articles.

Ont été conservés :

- après lecture du titre et/ou du résumé : 27 articles
- après lecture de l'article en entier : 10 articles

### Caractéristiques des articles sélectionnés

Parmi les articles sélectionnés, on dénombre :

- une méta-analyse [13]

Publiée en février 2016, elle s'appuie sur 6 essais cliniques. Les auteurs concluent à une efficacité de l'hypnose dans le traitement du stress traumatique et constatent une diminution significative des symptômes spécifiques de l'ESPT (reviviscences, évitements, ...) après ce type de thérapie.

- trois essais cliniques contrôlés [10], [14], [15]

Un essai compare, au sein d'une population souffrant d'ESPT déjà traitée par inhibiteur de la recapture de sérotonine (IRS) et psychothérapie de soutien, un groupe bénéficiant d'hypnothérapie, à un groupe recevant un traitement par hypnotique (Zolpidem). Les auteurs concluent à la supériorité de l'hypnothérapie sur l'hypnotique en traitement complémentaire dans les troubles chroniques du sommeil chez des patients souffrant d'ESPT). [10]

Le deuxième s'intéresse à une population de femmes souffrant d'ESPT apparue suite à une agression. Pour évaluer l'impact sur des troubles du sommeil associés, un groupe va bénéficier d'hypnothérapie, l'autre d'une psychothérapie de soutien. Les deux groupes vont ensuite bénéficier d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour traiter spécifiquement l'ESPT. Les auteurs concluent à un impact positif de l'hypnose sur les troubles du sommeil, mais une absence d'impact sur les symptômes spécifiques de l'ESPT. [14]

Le troisième essai s'est porté sur une population d'enfants indonésiens souffrant d'ESPT suite à un attentat. Un groupe contrôle n'a bénéficié d'aucune prise en charge spécifique. En comparaison, un groupe d'enfants a bénéficié d'une hypnothérapie s'appuyant

sur une méditation spirituelle de rite hindouiste (*spiritual hypnosis assisted therapy*). Les auteurs rapportent une diminution significative des symptômes d'ESPT au sein du groupe ayant bénéficié du traitement par hypnose.[15]

- trois revues systématiques de la littérature [16], [17], [18]

L'une identifie une équivalence d'efficacité entre hypnose et TCC (considéré comme traitement de référence) dans le traitement de l'ESPT avec un niveau de preuve de grade B. [17]

Dans la seconde, les auteurs n'identifient pas de preuves suffisantes pour évaluer l'efficacité de l'hypnothérapie dans le traitement de l'ESPT. [16]

Dans la troisième, les auteurs décrivent une infériorité de l'hypnothérapie face aux techniques cognitivo-comportementales à partir d'un essai clinique randomisé.[18]

- trois revues non systématiques [2], [16], [18]–[20], [21]

Celle réalisée par Lynn et al. en 2007 identifie deux études indiquant un impact bénéfique de l'hypnothérapie soit utilisée seule soit associée à une TCC. Les auteurs décrivent l'hypnose comme une technique prometteuse dans le traitement du PTSD mais dont l'efficacité est loin d'être prouvée.[2]

Celle de Ponniah et al., en 2009, souligne une étude qui décrit une supériorité de l'hypnose sur l'abstention thérapeutique. [20]

Celle de Solomon et al, publiée en 2002, décrit l'hypnose comme aussi efficace que les autres thérapies et supérieure à l'abstention thérapeutique dans le traitement de l'ESPT [21].

## **Deuxième équation de recherche**

### **Nombre d'articles sélectionnés**

La recherche automatique a permis d'identifier 114 articles  
Ont été conservés :

- après lecture du titre et/ou du résumé : 20 articles
- après lecture de l'article en entier : 0 articles.



# DISCUSSION

## Analyse des résultats

Cette revue de littérature apporte des arguments de faible robustesse validant l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de l'ESPT, plus spécifiquement pour permettre la gestion des symptômes plus qu'une réelle guérison. Toutes les études publiées sont de faible puissance et s'appuie sur de petits échantillons. De manière récurrente, les TCC centrées sur le trauma et l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) obtiennent de meilleurs résultats dans le traitement de l'ESPT.

Cela est cohérent avec les recommandations actuelles sur le sujet. Ces deux types de thérapies sont recommandés en première intention pour le traitement des troubles psycho-traumatiques. L'hypnose y tient une place uniquement dans la gestion des symptômes ou des comorbidités (trouble du sommeil, anxiété, évitement, ...). [1], [6], [8], [22]

Aucune étude évaluant l'utilisation de l'hypnose dans l'ESPT chez des personnes en situation de migration récente n'a pu être identifiée.

## Points forts et limites de l'étude

La principale limite de ce travail est liée à la méthodologie. L'utilisation de deux équations de recherche différentes impacte la cohérence formelle de cette recherche. Mais cela paraissait indispensable pour pouvoir cibler la prise en charge des populations migrantes.

Une autre limite vient de l'utilisation exclusive du moteur de recherche PUBMED. D'autres bases de données peuvent probablement être pertinente pour compléter ce type de recherche (WebOfScience, PsycINFO, ...).

Par ailleurs, l'absence de double lecture de l'ensemble des articles est en contradiction avec la méthodologie de la revue systématique de littérature.

Si la littérature est riche en descriptions de cas, on constate que très peu d'études cliniques contrôlées se sont intéressées à l'hypnothérapie dans la prise en charge de l'ESPT. Cela rend difficile la validation de ce type de traitement.

Une des raisons de cette faible représentation peut être liée à la technique de l'hypnothérapie. Elle est difficilement standardisable. Il n'existe pas de protocole de traitement clairement défini faisant consensus. Elle n'est pas facilement reproductible car dépendante du praticien. De par sa réalité, il n'est pas possible de l'inclure dans un essai contrôle en double aveugle, ni même en simple aveugle.

Tout cela complique la réalisation d'études robustes de puissance satisfaisante.

En comparaison, les thérapies faisant référence à l'heure actuelle (TCC, EMDR, ...) sont bien plus adaptées aux contraintes de la publication scientifique. C'est probablement une des raisons de leur forte présence dans les publications sur les troubles post-traumatiques.

### **Pertinence de l'hypnose dans les troubles post-traumatiques**

Différents auteurs défendent la pertinence de l'hypnose dans la prise en charge des troubles post-traumatiques pour d'autres raisons.

Depuis longtemps, les sujets traumatisés sont décrits comme plus facilement hypnotisables que la population générale [7], [19]. Les phénomènes dissociatifs péri-traumatiques, qui sont probablement des mécanismes de défense psychique, sont très similaires à la dissociation utilisée comme technique hypnotique. Le terme d'« état hypnoïde » est souvent utilisé pour décrire ces phénomènes.[19]

Les études de neuro-imagerie fonctionnelle constatent des similitudes visibles entre la reviviscence d'un souvenir traumatique et une transe hypnotique, en particulier l'extinction du cortex préfrontal, et l'activation du cortex visuel. [6]

Par ailleurs, dans l'hypnothérapie, il n'est pas nécessaire de raconter le souvenir traumatique. Alors que dans les autres thérapies, utilisées dans les troubles post-traumatiques (TCC et EMDR essentiellement), le patient doit pouvoir décrire précisément son traumatisme. Le thérapeute va utiliser ce récit et y accompagner le patient, parfois jusque dans les détails les plus sordides.

Cela présente deux avantages en faveur de l'hypnose.

D'une part, cette technique peut apporter une amélioration des symptômes dans les situations où le traumatisme n'est pas racontable ou dont le souvenir n'est pas accessible (traumatismes multiples, complexes, survenus tôt dans le développement d'un l'enfant,...).

D'autre part, très prosaïquement, l'hypnothérapie permet une épargne relative du thérapeute en lui évitant d'avoir à gérer ses propres émotions face au récit du traumatisme.

### **Pertinence et limites de l'hypnose pour les patients migrants**

L'expérience menée par Lesmana et al. [15] illustre la possibilité d'utiliser l'hypnose chez des patients ayant des références culturelles éloignées de celle dont cette technique est issue. Par ailleurs, des phénomènes très similaires à des transes hypnotiques ont été décrits dans différentes médecine dites traditionnelles. Cela laisse supposer que l'hypnothérapie peut-être proposée à tout patient, quelque soit son ancrage culturel.

De plus, puisque le traumatisme n'a pas besoin d'être raconté, le thérapeute ne proposera pas ses propres mots et concepts autour de ce traumatisme. L'état hypnotique permet ainsi d'accéder à la symbolique du patient, au sens qu'il donne à ses symptômes et à son traumatisme sans que le thérapeute lui impose son cadre culturel de référence.

La principale limite de l'utilisation de l'hypnose chez des personnes migrantes est la maîtrise d'une langue commune. Il paraît indispensable que le thérapeute et le patient partagent, au moins partiellement, une langue, mais pas obligatoirement la langue maternelle du thérapeute. Néanmoins, plus la communication est aisée et plus le processus thérapeutique pourra être efficace.

Malheureusement, cette limite s'applique également à la quasi-totalité des psychothérapies, y compris celles qui sont plus spécifiquement recommandées dans la prise en charge des troubles post-traumatiques.

## CONCLUSION

Bien que les données de la littérature ne soient pas suffisantes pour l'affirmer comme une évidence, l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge des troubles post traumatiques semble pertinente quelque soit l'origine culturelle du patient. Notamment, dans la gestion des émotions et des symptômes associés au troubles post-traumatiques. Cela semble particulièrement utile dans les traumatismes dit de type 2, pour lesquels il existe peu de traitements à l'heure actuelle.

La condition indispensable à ce type de psychothérapie est la maîtrise, au moins partielle, de la langue du thérapeute par le patient ou d'une langue commune suffisamment partagée par les deux. Cette condition représente un obstacle non négligeable pour des patients migrants. Obstacle auquel s'ajoute le problème majeur de l'accès aux soins.

L'ensemble des publications consultées identifient la nécessité de réaliser de nouvelles études, et en particulier auprès de patients migrants, pour pouvoir valider cette utilisation de l'hypnose, et ensuite promouvoir cette technique qui présente des avantages indiscutables.

Néanmoins, il paraît peu raisonnable de proposer une psychothérapie à des patients pour qui la gestion des besoins fondamentaux (logement, nourriture, ...) est une problématique au quotidien. On peut difficilement concevoir qu'un processus de guérison puisse s'enclencher dans un contexte d'insécurité permanente.

Avant de commencer une prise en charge psychologique, il paraît indispensable de tout mettre en œuvre pour pouvoir respecter les droits humains inaliénables à toute personne, et assurer sa sécurité matérielle et psychique présente et future..

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] « Institut de victimologie - l'état de stress post traumatique ». [En ligne]. Disponible sur: [http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/espt\\_21.html](http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/espt_21.html).
- [2] S. J. Lynn et E. Cardeña, « Hypnosis and the Treatment of Posttraumatic Conditions: *An Evidence-Based Approach* », *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, vol. 55, n° 2, p. 167-188, mars 2007.
- [3] M. Heeren, L. Wittmann, U. Ehlert, U. Schnyder, T. Maier, et J. Müller, « Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents », *Compr. Psychiatry*, vol. 55, n° 4, p. 818-825, mai 2014.
- [4] T. Baubet, « les troubles psychotraumatiques », DIU santé des mmigrants, 16-mars-2017.
- [5] V. Vaccarino *et al.*, « Posttraumatic stress disorder and incidence of type-2 diabetes: A prospective twin study », *J. Psychiatr. Res.*, vol. 56, p. 158-164, sept. 2014.
- [6] L. Amétépé, « Trauma Hypnose et EMDR », DU hynose et thérapies brèves, Limoges, 20-mai-2016.
- [7] J. C. Espinoza, « Traité d'hypnose médicale ». 2017.
- [8] Académie nationale de médecine, « Thérapies complémentaires - leur place parmi les ressources de soin », mars 2013.
- [9] INSERM U1178, « Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose », juin 2015.
- [10] E. G. Abramowitz et O. Bonne, « [Use of hypnosis in the treatment of combat post traumatic stress disorder (PTSD)] », *Harefuah*, vol. 152, n° 8, p. 490-493, 497, août 2013.
- [11] D. Spiegel, « Vietnam Grief Work Using Hypnosis », *Am. J. Clin. Hypn.*, vol. 24, n° 1, p. 33-40, juill. 1981.
- [12] J. G. Watkins, « The Psychodynamic Treatment of Combat Neuroses (Ptsd) With Hypnosis During World War II <sup>1</sup> », *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, vol. 48, n° 3, p. 324-335, juill. 2000.
- [13] S. K. O'Toole, S. L. Solomon, et S. A. Bergdahl, « A Meta-Analysis of Hypnotherapeutic Techniques in the Treatment of PTSD Symptoms: Hypnotherapy Treatment for PTSD », *J. Trauma. Stress*, vol. 29, n° 1, p. 97-100, févr. 2016.

- [14] T. E. Galovski, J. M. Harik, L. M. Blain, L. Elwood, C. Gloth, et T. D. Fletcher, « Augmenting cognitive processing therapy to improve sleep impairment in PTSD: A randomized controlled trial. », *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 84, n° 2, p. 167-177, 2016.
- [15] C. B. J. Lesmana, L. K. Suryani, G. D. Jensen, et N. Tiliopoulos, « A Spiritual-Hypnosis Assisted Treatment of Children with PTSD after the 2002 Bali Terrorist Attack », *Am. J. Clin. Hypn.*, vol. 52, n° 1, p. 23-34, juill. 2009.
- [16] J. Bisson, « Post-traumatic stress disorder », mars 2009.
- [17] H. Wahbeh, A. Senders, R. Neuendorf, et J. Cayton, « Complementary and Alternative Medicine for Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Systematic Review », *J. Evid.-Based Complement. Altern. Med.*, vol. 19, n° 3, p. 161-175, juill. 2014.
- [18] J. Bisson et M. Andrew, « Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) », in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, The Cochrane Collaboration, Éd. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2007.
- [19] S. J. Lynn, A. Malakataris, L. Condon, R. Maxwell, et C. Cleere, « Post-traumatic Stress Disorder: Cognitive Hypnotherapy, Mindfulness, and Acceptance-Based Treatment Approaches », *Am. J. Clin. Hypn.*, vol. 54, n° 4, p. 311-330, avr. 2012.
- [20] K. Ponniah et S. D. Hollon, « Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a review », *Depress. Anxiety*, vol. 26, n° 12, p. 1086-1109, déc. 2009.
- [21] S. D. Solomon et D. M. Johnson, « Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder: A practice-friendly review of outcome research », *J. Clin. Psychol.*, vol. 58, n° 8, p. 947-959, août 2002.
- [22] HAS, « Guide ALD : Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves », 2007.