



HAL
open science

L'hypnose comme outil thérapeutique chez les patientes souffrant de cystites récidivantes : étude préliminaire : résultats intermédiaires

Claire Manton

► **To cite this version:**

Claire Manton. L'hypnose comme outil thérapeutique chez les patientes souffrant de cystites récidivantes : étude préliminaire : résultats intermédiaires. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01956322

HAL Id: dumas-01956322

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01956322>

Submitted on 15 Dec 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

DOCTORAT DE MEDECINE GENERALE

**L'HYPNOSE COMME OUTIL THERAPEUTIQUE CHEZ LES
PATIENTES SOUFFRANT DE CYSTITES RECIDIVANTES**

ETUDE PRELIMINAIRE

Résultats intermédiaires

MANTION Claire

28 juillet 1991

Thèse d'exercice soutenue le 12 septembre 2018
Faculté de médecine de Nice

Directeur de thèse: Dr Véronique MONDAIN

Président du jury: Pr Christian PRADIER

Membres du jury de thèse:

Pr Michel BENOIT

Pr Jacques LEVRAUT

Dr Thierry CASTANET

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
Doyen**M. BAQUÉ Patrick**

Vice-Doyen

M. BOILEAU Pascal

Assesseurs

 M. ESNAULT Vincent
 M DELLAMONICA Jean
 Mme BREUIL Véronique
 M. MARTY Pierre

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

 M. AYRAUD Noël
 M. RAMPAL Patrick
 M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc

M. GRELLIER Patrick

M. BALAS Daniel

M. GRIMAUD Dominique

M. BATT Michel

M. HARTER Michel

M. BLAIVE Bruno

M. INGLESAKIS Jean-André

M. BOQUET Patrice

M. JOURDAN Jacques

M. BOURGEON André

M. LALANNE Claude-Michel

M. BOUTTÉ Patrick

M. LAMBERT Jean-Claude

M. BRUNETON Jean-Noël

M. LAZDUNSKI Michel

Mme BUSSIERE Françoise

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. LE FICHOUX Yves

M. CANIVET Bertrand

Mme LEBRETON Elisabeth

M. CASSUTO Jill-patrice

M. LOUBIERE Robert

M. CHATEL Marcel

M. MARIANI Roger

M. COUSSEMENT Alain

M. MASSEYEFF René

Mme CRENESSE Dominique

M. MATTEI Mathieu

M. DAR COURT Guy

M. MOUIEL Jean

M. DELLAMONICA Pierre

Mme MYQUEL Martine

M. DELMONT Jean

M. ORTONNE Jean-Paul

M. DEMARD François

M. PRINGUEY Dominique

M. DESNUELLE Claude

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. DOLISI Claude

M. SCHNEIDER Maurice

M. FRANCO Alain

M. TOUBOL Jacques

M. FREYCHET Pierre

M. TRAN Dinh Khiem

M. GÉRARD Jean-Pierre

M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. GILLET Jean-Yves

M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
 Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
 M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
 Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
 M. BRONSARD Nicolas Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
 Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
 M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
 M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
 M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
 M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
 M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
 Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
 Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
 M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
 Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
 Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
 Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
 Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
 Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
 Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
 M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
 Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
 Mme SEITZ-POLSKI barbara Immunologie (47.03)
 M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
 M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

Merci à Geneviève MALLEMONT pour tous ces bons moments passés ensemble. Tu n'es pas avec nous aujourd'hui, mais tu as accompagné mes pensées durant tout ce travail de thèse.

J'ai également une pensée toute particulière pour Robert MALLEMONT, mes parents, mon frère et le reste de ma famille pour leur soutien infaillible.

A ma directrice de thèse, le Dr Véronique MONDAIN :

Merci pour votre patience, vos conseils toujours appropriés et vos corrections assidues de mon travail de thèse.

Au président du jury, le Pr Christian Pradier :

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité et vos conseils.

A Mr le Pr Jacques LEVRAUT et Mr le Pr Michel BENOIT :

Vous avez accepté sans hésitation de juger mon travail. Je vous prie de recevoir ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Mr le Dr Thierry CASTANET:

Vous m'honorez de votre présence dans ce jury. Vous représentez une médecine générale compétente et dynamique. Je vous remercie infiniment de votre tutelle bienveillante lors de ma formation de médecin généraliste.

Aux patientes qui ont accepté d'être incluse dans l'étude :

Merci pour votre assiduité et votre disponibilité. Grâce à vous, nous avons pu recueillir des résultats exploitables qui je l'espère permettront de trouver des solutions thérapeutiques plus complètes dans le domaine des cystites récidivantes.

Aux médecins et praticiens hospitaliers que j'ai rencontré au fil des années :

Je vous remercie de vos enseignements et de vos conseils. Un grand merci au service d'infectiologie de l'Archet à Nice et à ses médecins très pédagogues qui ont su structurer

mon raisonnement clinique et m'accompagner en début d'internat alors que j'avais tout à apprendre.

Aux bons amis que j'aurai du mal à tous citer :

Merci pour tous ces moments qui font notre amitié et donnent à la vie sa saveur.

-Julien qui m'a donné les clés pour réaliser mes tests statistiques (on n'aurait pas parié dessus au lycée !)

-Lilian, l'ami de toujours, et Patrice et Claudie qui font aussi partie de la famille.

-Les amis du lycée (Aurélie, Adi, Lisa, Laure, Julien encore), de la fac de Lyon (Cyrielle...), de Nice (Charlotte, Laurence, Anthony... les cointernes), les amis d'amis qui sont restés des amis (Johann, Olouivier, Arnaud, Elisabeth...)

-Et bien sûr, un immense merci à Léonore, colocataire idéale, et à la famille GINDRE qui ont rendu possible un régime strict à base de comté pendant la rédaction de cette thèse.

Table des matières

I) Introduction	Pages 4 - 5
II) Matériel et méthodes	Pages 6 - 8
<i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	
<i>Critères de jugement principal et secondaires</i>	
<i>Déroulement de l'étude</i>	
<i>Analyses statistiques</i>	
<i>Ethique</i>	
III) Résultats	Pages 9 - 13
<i>Analyse de la population de l'étude</i>	
<i>Nombre d'épisodes et coût moyen</i>	
<i>Analyse du critère de jugement principal</i>	
<i>Analyse des critères de jugement secondaires</i>	
<i>Evaluation à 6 mois</i>	
IV) Discussion	Pages 14 - 18
<i>Validité externe de l'étude</i>	
<i>Risques de l'étude</i>	
<i>Evaluer l'hypnothérapie avec des critères de médecine fondée sur les preuves : des limites.</i>	
<i>Bases physiopathologiques de l'hypnothérapie et des cystites récidivantes</i>	
<i>Coût des cystites récidivantes</i>	
<i>Impact sur la qualité de vie</i>	
<i>Limites et forces de l'étude</i>	
V) Conclusion	Page 19
Abstract	Page 20
Références	Pages 21 - 24
Annexes	Pages 25 - 30
Annexe 1 : Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale	
Annexe 2 : Evaluation Visuelle Analogique de la douleur	
Annexe 3 : Echelle de satisfaction générale	
Annexe 4 : Echelle de capacité à gérer les symptômes de la crise de cystite	
Annexe 5 : Echelle d'évaluation de l'impact sexuel	

I) Introduction

Une cystite est une infection bactérienne aigue vésicale essentiellement féminine. Les cystites récidivantes sont définies par la récurrence de quatre épisodes de cystite sur une période de 12 mois. Elles concernent 3% des femmes¹. C'est donc un problème extrêmement fréquent. La prise en charge en France est essentiellement antibiotique, bien que selon Société de Pathologies Infectieuses de Langue Française (SPILF), le but ne soit pas de prévenir l'évolution vers une pyélonéphrite mais de soulager les symptômes².

La physiopathologie est mal connue, ce qui est un facteur d'inquiétude majeur pour les patientes. Les facteurs de risque classiquement recherchés dans la littérature sont probablement incomplets car insuffisamment connus^{3,4}. Certaines études font part d'une anxiété plus importante que dans la population générale chez ces patientes⁵. Une approche multidisciplinaire semble essentielle pour prévenir les récurrences de manière plus efficace et mieux gérer les symptômes de cystite.

L'impact sur la qualité de vie est majeur : inconfort, douleurs, altération de la vie sexuelle, handicap social devant une pathologie perçue comme stigmatisante⁶. Le parcours de soin est souvent contraignant : les explorations étiologiques, les essais de toutes les ressources thérapeutiques sont exhaustifs et épuisants, avec une réelle peur de la dépendance et de la résistance aux antibiotiques.

La prise en charge des cystites récidivantes a été définie par la Société de Pathologies Infectieuses de Langue Française (SPILF) en 2015 mais concerne essentiellement les cystites récidivantes sans facteurs de risque de complication².

Plusieurs essais comparant antibiothérapie versus placebo⁷ ou traitement symptomatique⁸ n'observent pas de différence significative au niveau de la rémission clinique, des rechutes et de l'incidence de pyélonéphrites. D'autres traitements sont souvent associés⁹ : cranberry¹⁰, D-mannose par voie orale¹¹, hormonothérapie, phytothérapie¹², immunothérapie¹³, vaccins¹⁴, thérapies orales à base de glycosaminoglycanes, homéopathie^{15,16}, acupuncture¹⁷... Cette dernière est recommandée en 2017 par la société des obstétriciens et gynécologues du Canada comme une alternative intéressante aux antibiotiques¹⁸.

Un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé note que dans les pays développés tels que la France, ces thérapeutiques sont utilisées en complément des soins classiques, surtout lorsque les patients sont dans une impasse thérapeutique et souhaitent tout de même améliorer leur qualité de vie ou modifier profondément leur hygiène de vie¹⁹. Elles pourraient être moins coûteuses que la médecine conventionnelle mais, l'intégration de ces thérapeutiques au système de santé se heurte à un manque de données et d'études sur leur moyen d'action, leurs modalités d'application et leur efficacité.

L'hypnothérapie est une technique ancienne utilisée pour le soins dans les sociétés occidentales depuis au moins 200 ans. Par la parole, le praticien induit chez le patient un état de conscience particulier. Ces techniques d'activation de la conscience (TAC) sont fondées sur l'adaptation du thérapeute au patient et l'utilisation de ses ressources psycho-comportementales pour favoriser un changement améliorant sa qualité de vie. Le thérapeute oriente et guide le patient dans le plus grand respect de son autonomie et de sa capacité à être acteur de sa thérapeutique²⁰.

Les indications de l'hypnothérapie sont similaires à celles d'une psychothérapie : phobies, conversions, troubles anxieux... Les mécanismes physiologiques à l'œuvre dans l'hypnose sont l'objet d'études récentes devenant de plus en plus précises. Les résultats issus de ces études ont permis d'objectiver des modifications du fonctionnement cérébral en lien avec l'activation hypnotique. Un rapport de l'Inserm de 2015 confirme l'efficacité de cette pratique en hypnosédation, hypnoanalgésie et hypnothérapie, même si la méthodologie à mettre en œuvre dans son évaluation est difficile et subjective²¹.

Pour ces raisons, il nous semble intéressant d'étudier l'efficacité de l'hypnothérapie dans une approche symptomatique. Aucune étude à ce jour n'a étudié l'efficacité d'un protocole d'hypnose dans le cadre de la cystite récidivante.

Nous proposons donc une étude prospective évaluant l'impact d'un protocole d'hypnothérapie médicale sur les symptômes et la gestion des cystites d'une cohorte de 15 patientes.

II) Matériel et méthodes

L'étude réalisée est une cohorte prospective monocentrique de 15 patientes. Le recrutement sera assuré par le biais des consultations des praticiens impliqués dans le groupe d'étude sur les cystites récidivantes du RéSO InfectiO PACA Est.

Le nombre de patientes répondant à la définition est d'environ 25 par an par praticien pouvant réaliser les inclusions. Le stress et les facteurs psycho-émotionnels repérés sur une cohorte préliminaire en 2015 représentent 60% des patientes. L'acceptation de cette thérapie non conventionnelle est arbitrairement évaluée à 20% de ces patientes. Le recrutement de 15 patientes est assuré en 12 mois.

Il n'existe pas, dans la littérature, de données concernant la prise en charge par hypnothérapie des cystites récidivantes permettant d'établir une hypothèse chiffrée fiable concernant l'efficacité mesurée avec les échelles et critères choisis. De par la fréquence de la maladie, l'inclusion d'un grand nombre de patientes dans le cadre d'une étude monocentrique n'est pas possible, un seul praticien pratiquant l'hypnothérapie.

Au cours d'une consultation, et à l'occasion de l'explication sur les modes de prise en charge, les patientes sont informées de la possibilité de bénéficier de l'hypnothérapie et sont adressées au Dr Véronique Mondain, à la consultation d'infectiologie de l'hôpital de l'Archet du centre hospitalier universitaire de Nice, dans un délai optimal de 3 mois. Lors de cette consultation, toutes les informations concernant l'étude lui sont alors délivrées oralement et une note d'information écrite lui est remise afin qu'elle puisse signer le consentement éclairé. Si la patiente le désire, un délai de réflexion lui est laissé.

Critères d'inclusion et d'exclusion :

Les patientes incluses sont des femmes âgées au minimum de 18 ans, affiliées à la sécurité sociale française, présentant des cystites récidivantes définies par une fréquence de plus de 4 épisodes par an, et alléguant un état de stress, de douleur, d'altération de la qualité de vie ou d'anxiété en lien avec cette pathologie, sont disponibles pour réaliser 3 séances d'hypnose d'une heure à 4/ 6 semaines d'intervalle et pour pratiquer des prescriptions de tâche à domicile (autohypnose ou audition d'un support enregistré), sont au préalable explorées selon les bonnes pratiques et informées avec l'outil créé par le RéSO InfectiO PACA Est, avec un recul de 3 mois par rapport à cette consultation initiale, ont signé le consentement éclairé.

Ne sont pas incluses les patientes enceintes (prise en charge différente), suivant d'autres traitements non pharmacologiques (acupuncture, thérapie cognitive et comportementale,

sophrologie...), prenant un traitement par psychotrope modifié depuis moins de six mois, ayant subi des déficiences viscérales graves dans l'année précédente, souffrant d'une pathologie psychiatrique individualisée ou d'autres pathologies infectieuses évolutives nécessitant des traitements antibiotiques.

Les patientes retirant leur consentement ou mises sous tutelles ou curatelles sont exclues de l'étude.

Critères de jugement principal et secondaires :

Le critère de jugement principal est la comparaison au score initial à l'échelle HAD du score en fin de traitement, c'est-à-dire à la fin du 3^{ème} ou 4^{ème} mois.

Les critères de jugement secondaires est la comparaison du score initial à l'échelle visuelle analogique de la douleur au score à 6 mois et 12 mois ; la satisfaction des patientes sur une échelle numérique de 0 à 10 à la fin du traitement, à 6 mois et à 12 mois, la capacité à gérer leurs symptômes évaluée par une échelle sémantique à la fin du traitement, à 6 mois et à 12 mois, le retentissement sur la sexualité évalué par une échelle sémantique globale et sur l'amélioration spécifique de l'anxiété de l'acte sexuel et du confort pendant l'acte, la consommation de soins sera comparée à celle de l'année précédente (consultations médicales pour cystites, nombre d'analyses réalisées au laboratoire, prise d'antibiotiques ou d'antalgiques, arrêts de travail).

L'observance des exercices d'autohypnose est évaluée à 3 et 6 mois.

Déroulement de l'étude :

Après la vérification des critères de sélection, des échelles psychométriques de l'objectif principal et des objectifs secondaires sont réalisées. La patiente donne des éléments quantitatifs liés à ses cystites sur l'année écoulée : nombre d'épisodes, nombre d'ECBU, de traitements antibiotiques, de visites médicales, d'arrêt de travail, effets secondaires principaux et leurs conséquences. Trois séances d'hypnose sont pratiquées à 4 à 6 semaines d'intervalle par le Dr Mondain.

La patiente a ensuite comme tâche de réaliser de l'autohypnose ou d'écouter une bande enregistrée sur YouTube 3 fois par semaine :

<https://www.youtube.com/watch?v=b71RobH2Ad8>.

A l'issue de la 3^{ème} séance d'hypnose, la patiente repasse les échelles psychométriques de l'objectif principal et des objectifs secondaires. A 6-8 mois, la patiente repasse les échelles psychométriques et répondra aux critères des objectifs secondaires par téléphone. A 12-14 mois, la patiente repasse les échelles psychométriques et critères des objectifs secondaires.

La durée totale de l'étude est de 30 mois, analyses comprises.

Analyses statistiques :

Le risque alpha est de 5 %. L'analyse statistique comporte en premier lieu une analyse descriptive de la population incluse dans l'étude avec évaluation des fréquences absolues et relatives (et leurs intervalles de confiance à 95%) pour les variables catégorielles, et évaluation des moyennes et écart-type, médianes et interquartiles pour les variables quantitatives.

Les valeurs de l'échelle d'anxiété et dépression HAD sont présentées avant et après le traitement et l'efficacité de l'hypnothérapie est évaluée par le pourcentage d'amélioration de ce score. Ce pourcentage est comparé à une valeur théorique de 0% d'augmentation à l'aide d'un test des rangs signés de Wilcoxon.

L'effet sur la douleur évalué par l'échelle analogique, la persistance d'effet sur les scores d'anxiété et de dépression, la satisfaction des patientes, leur capacité à gérer les symptômes sont évalués de la même manière à 3, 6 et 12 mois.

Ethique :

Cette recherche implique la personne humaine de catégorie 2 et est soumise au dispositif du Code de la Santé Publique (Loi n°2012-300 du 5 Mars 2012) relative au recherche impliquant la personne humaine telle que modifiée par l'ordonnance n°2016-800 du 16 juin 2016. Elle a été acceptée par le Comité de Protection des Personnes.

III) Résultats

Les inclusions ont eu lieu d'août 2017 à août 2018. Les résultats présentés ci-dessous sont l'analyse de la population de 14 patientes, des résultats intermédiaires à 3 mois de 9 patientes, les résultats à 6 mois de 6 patientes, l'étude se poursuivant encore lors de la présentation de cette thèse.

Analyse de la population de l'étude :

Nos patientes sont âgées en moyenne de 65 ans (Intervalle de confiance à 95% 52,0 ; 78 ans) et présentent de multiples comorbidités notamment chirurgicales : 11 d'entre elles ont subi une chirurgie pelvienne, dont sept une cure de prolapsus avec pose de bandelettes, six une hystérectomie pour diverses raisons (cancer, endométriose notamment). Trois patientes ont subi de la radiothérapie pelvienne responsable de cystite radique. Trois patientes présentaient un résidu post mictionnel significatif pouvant favoriser les récives de cystite. Deux patientes bénéficient d'un traitement immunosuppresseur dans le cadre d'un rhumatisme inflammatoire.

Tableau n°1 : Analyse de la population de l'étude

Antécédents et comorbidités:	(n=14)
Prolapsus opéré	7
Hysterectomies	6
Chirurgie pelvienne	11
Radiothérapie pelvienne	3
Trouble neurologique	1
Résidu post-mictionnel	3
Traitement immunosuppresseur	2
Abus sexuels dans l'enfance	2

Age moyen (années)	65 (52,0;78)
--------------------	--------------

Nombre d'épisodes et coût moyen :

Le recueil rétrospectif des données concernant les cystites présentées sur l'année écoulé retrouve un nombre moyen (intervalle de confiance à 95%) de 15 cystites (9,9;20,2). 11,9 (6,2;17,6) examens cyto bactériologiques des urines avaient été réalisés. Une antibiothérapie était prescrite de manière quasi-systématique devant une mauvaise tolérances des symptômes, soit 13,4 (7,54;19,3) antibiothérapies sur l'année avant l'inclusion. Les cystites occasionnaient en moyenne 10,9 consultations médicales (5,34;16,5) dans l'année précédant l'inclusion. Trois patientes avaient bénéficié d'une antibiothérapie prophylactique avant l'inclusion, notamment par Fosfomycine Trométamol.

Le coût annuel a été calculé sans compter les investigations complémentaires, sur la base du prix d'une consultation de médecine générale en France, du coût d'un ECBU tel que décrit par la nomenclature des actes biologiques en France en juillet 2018 et du coût d'une antibiothérapie monodose par fosfomycine trométamol, antibiotique le plus utilisé par nos patientes. Il peut de ce fait sous-estimer le coût réel des cystites récidivantes. Il s'élève à 538,6 (317;760) euros en moyenne par patiente avec un coût par épisode de 35,5 (27,4;43,7) en moyenne. Très peu d'arrêts de travail ont été comptabilisés lors de l'année précédant l'inclusion chez les patientes, en majorité retraitées ou travaillant dans des professions libérales.

Tableau n°2: Données quantitatives sur l'année précédant l'inclusion:

Episodes de cystites	15 (9,9; 20,2)
ECBU	11,9 (6,2; 17,6)
Antibiothérapies	13,4 (7,54; 19,3)
Consultations médicales	10,9 (5,34; 16,5)
Jours d'arrêt de travail	2,71 (-4; 9,65)

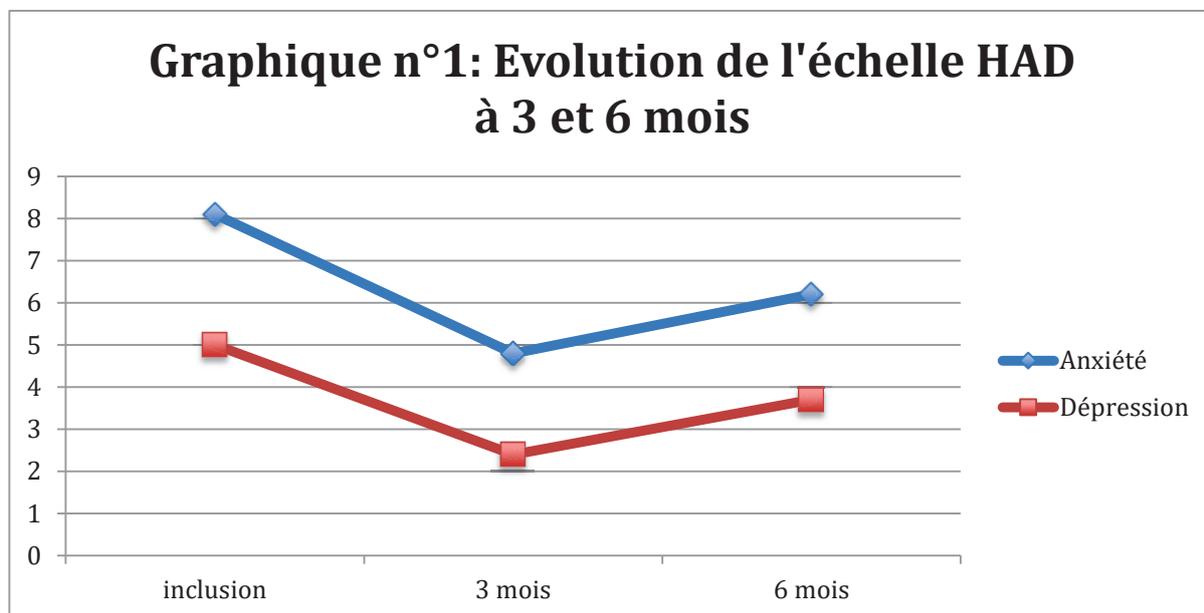
Coût moyen par patiente	
ECBU	202,9 (107; 299)
Antibiothérapies	62,6 (35,1; 90,0)
Consultations médicales	273,2 (133,5; 412,9)
Coût annuel	538,6 (317; 760)
Coût par épisode	35,5 (27,4; 43,7)

Il est à noter que 10 patientes sur 14 avaient fait appel à des médecines non conventionnelles pour leur problème de cystite récidivante dont neuf à de la naturopathie, trois à de l'acupuncture. Deux patientes avaient déjà bénéficié de séances d'hypnothérapie au cours de leur vie pour d'autres motifs. Deux patientes ont été victimes d'abus sexuels dans l'enfance. Onze des patientes incluses ont accepté de rentrer dans l'étude par épuisement au vu de l'impasse thérapeutique dans laquelle elles se situaient, sans conviction quant aux vertus de l'hypnothérapie.

Analyse du critère de jugement principal

Dans ces résultats intermédiaires, nous avons pu analyser le critère de jugement principal des 9 patientes avec une bonne pertinence statistique puisque le p est inférieur à 0,05 pour l'échelle d'anxiété (p=0,04) et l'échelle de dépression (p=0,029).

Suite aux 3 séances d'hypnothérapie, l'échelle d'anxiété est passée en moyenne de 8,1 (4,8 ;11,4) à l'inclusion à 4,8 (1,6 ;7,9) à la réévaluation après la 3^{ème} séance d'hypnothérapie et l'échelle de dépression est passée de 5 (2,4;7,6) à 2,4 (1,6;3,3), montrant ainsi une franche amélioration.



Analyse des critères de jugement secondaires

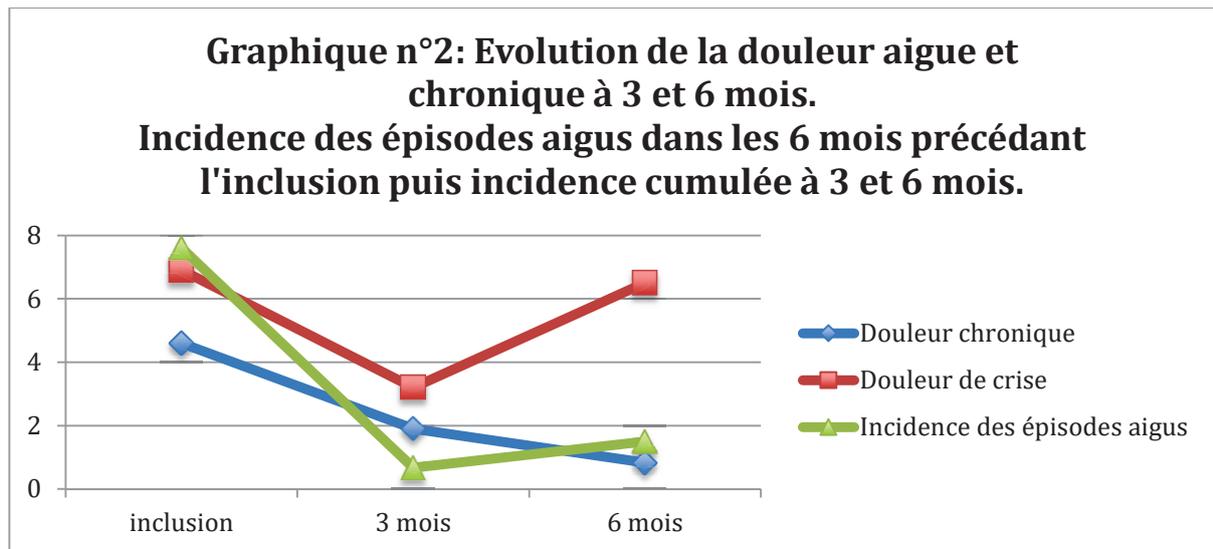
La douleur chronique moyenne passe elle de 4,6 (2,4;6,7) à 1,9 (-0,6;4,4) de manière également statistiquement significative ($p=0,023$) et la douleur de crise passe de 6,9 (4,9;8,9) à 3,2 (0,3;6,1 - $p=0,023$), soit une diminution de l'EVA d'au moins 50 %.

Tableau n°3 : analyse de l'anxiété, dépression, douleur à 3 mois

	Inclusion	A 3 mois	$p<0,05$
Anxiété	8,1 (4,8;11,4)	4,8 (1,6;7,9)	0,04
Dépression	5 (2,4;7,6)	2,4 (1,6;3,3)	0,029
Douleur chronique	4,6 (2,4;6,7)	1,9 (-0,6;4,4)	0,023
Douleur de crise	6,9 (4,9;8,9)	3,2 (0,3;6,1)	0,04

Le nombre moyen d'épisodes de cystites est de 0,67 (-0,075; 1,41) en 3 mois.

Le protocole a aidé les patientes à gérer leurs symptômes de crise de manière tout à fait satisfaisante chez 4 patientes (44,4%), en partie satisfaisante chez 2 patientes (22,2%), insuffisamment satisfaisante chez 2 patientes également et non satisfaisante chez 1 patiente.



Le retentissement des cystites récidivantes sur la vie sexuelle des patientes est décrit comme très important chez 2 patientes sur 9, comme important chez 4 patientes sur 9. Les 3 autres patientes n'avaient pas d'activité sexuelle pour d'autres motifs. Le protocole d'hypnothérapie a eu un impact positif important sur la vie sexuelle de 2 patientes et très important chez 2 autres patientes. Une patiente a pris conscience lors du protocole de la possibilité de l'imputabilité des rapports sexuels sur ses épisodes et a décrit l'installation d'une anxiété spécifique non ressentie jusqu'alors. Deux patientes ne décrivaient pas de modifications mais avaient une sexualité très limitée.

L'observance des patientes concernant les exercices d'auto-hypnose à réaliser à domicile a été décrite comme bonne chez 4 patientes sur 9 et moyenne avec des oublis occasionnels chez 3 patientes sur 9. Deux patientes sur 9 ont décrété ne pas réaliser ces exercices, ce qui coïncide chez une d'entre elle avec une mauvaise satisfaction du protocole d'hypnothérapie tandis que les critères d'évaluation objectifs montrent une efficacité importante sur la douleur chronique et aigue à 3 mois, l'absence de récurrence de crise à 3 mois et une seule récurrence de crise à 6 mois. La deuxième se décrivait comme plutôt satisfaite mais ne souhaitait pas réitérer ce type de thérapeutique.

Evaluations à 6 mois

L'évaluation à 6 mois de notre protocole n'a pu être réalisée à ce stade que chez 6 patientes ce qui donne un manque de puissance et de pertinence statistique à notre étude avec un $p > 0,05$ donc non significatif pour ces résultats. On a toutefois une tendance à un maintien de l'effet bénéfique décrit auparavant avec une échelle d'anxiété passant de 9,2 (5,1 ;13,2) à 5 (0,32 ; 9,7) à la première réévaluation puis à 6,2 (2,8 ;9,5) lors de l'évaluation à 6 mois ; une échelle de dépression passant de 5 (1,2 ;8,8) à 2,7 (1,6 ;3,7) puis 3,7 (0,25 ; 7,1) à 6 mois ;

une douleur chronique passant de 4 (1,4 ; 6,6), à 0,83 (-1,3 ; 2,97) puis à 0,83 (-0,56 ; 2,22) à 6 mois ; une douleur de crise passant de 6,7 (4,5 ; 8,8) à 2 (-1,5 ; 5,5) puis à 6,5 (3,6 ; 6,4) à 6 mois.

La satisfaction globale se maintient à 7/10. Une seule patiente n'est pas satisfaite du protocole et modifie largement cette moyenne. Il s'agit de nouveau de la patiente n'ayant pas pratiqué les exercices d'auto activation. Cependant, elle n'a pas présenté d'épisode aigu durant les trois premiers mois du suivi.

L'incidence cumulée d'épisodes aigus en 6 mois était seulement de 1,83 (0,7 ; 2,97).

IV) Discussion

Notre étude montre une amélioration de tous les paramètres étudiés à 3 mois, notamment une diminution de 50% des paramètres d'anxiété, de dépression, de nombre de crises, de douleur de crise et de douleur chronique. Un maintien de cet effet est observé à 6 mois, notamment sur la douleur chronique moyenne, les échelles d'anxiété et de dépression sur nos résultats intermédiaires. La significativité et l'interprétation seront renforcés à la fin du protocole. De façon étonnante, l'incidence des cystites sur l'échantillon évaluable à 6 mois a drastiquement diminué.

Validité externe de l'étude

Peu de données de la littérature nous permettent de comparer nos résultats et d'assurer ainsi la validité externe de notre étude.

La cystite récidivante se manifeste par des algies chroniques. Celles-ci sont associées à des modifications du système nerveux central qui affectent les capacités cognitives, le niveau de fonctionnement, le bien être émotionnel et physique de l'individu, sans utilité apparente pour celui-ci. La douleur chronique est ainsi une pathologie en elle-même. Dans ce cadre, des thérapies cognitives centrées sur le patient le rendent pleinement acteur de sa prise en charge et améliorent la gestion des symptômes douloureux ainsi que la qualité de vie. L'hypnose et l'auto-hypnose sont décrites comme prometteuses pour soulager les patients migraineux chroniques, les patients oncologiques ou souffrant de douleur chroniques associées à des lésions médullaires, sans littérature nous permettant de préciser l'ampleur de l'effet attendu^{22,23}.

L'hypnothérapie est en fait plus étudiée à ce jour chez les patients souffrant de syndrome de l'intestin irritable pour lequel de multiples protocoles ont été élaborés, avec souvent de 4 à 12 ou plus séances d'hypnose, conduites avec des méthodologies différentes. Des études randomisées avec groupe contrôle - notamment versus comprimé placebo ou psychothérapie - semblent montrer une efficacité supérieure du groupe hypnose avec un effet rémanent prolongé à 18 mois²⁴.

Toujours dans le domaine du syndrome de l'intestin irritable, une méta analyse de 2010 par Webb AN et al. ne retient que 4 études randomisées contrôlées sur 147 patientes au vu de limitations méthodologiques (peu d'analyses en intention de traiter, randomisation médiocre, aveugle mal établi ou respecté, biais d'attrition...). Un biais d'évaluation des résultats était systématiquement relevé car l'hypnothérapeute réalisait également le recueil des données²⁵.

Ce n'est pas le cas dans notre étude. Le suivi le plus long était d'un an et tendait à montrer une influence positive de l'hypnose sans effet indésirable significatif décrit.

Notre protocole de seulement 3 séances d'hypnose, diffère des études précédemment citées dans lesquelles certains patients bénéficiaient de plus d'une dizaine de séances, mais il semble de ce fait plus réalisable. Nous basons également notre approche sur des Thérapies d'Activation de Conscience, plus simples d'abord pour le patient et le thérapeute. Par ailleurs nos patientes avaient pour consigne de réaliser des exercices d'autohypnose à domicile, ce qui est la base de ces thérapeutiques dont l'objectif est que le patient apprenne à mobiliser ses propres ressources. Une formation à plus large échelle de praticiens médicaux est aisée avec une efficacité similaire à celle de l'hypnothérapie médicale classique. Les résultats attendus à un an permettront d'objectiver la validité de cette approche dans la perspective d'une étude à plus large effectif, idéalement multicentrique et impliquant donc plusieurs thérapeutes.

Risques de l'étude

Des réserves ont été émises par l'Organisation Mondiale de la Santé sur l'utilisation de médecines alternatives exposant à un retard ou une erreur diagnostique pouvant avoir des conséquences grave, notamment du fait de la formation hétérogène des praticiens¹⁹.

Notre intervention est mise en place chez des patientes bénéficiant déjà du meilleur traitement biomédical disponible à ce jour. Elle ne limite pas des investigations médicales supplémentaires ou le recours à des prises en charge médicales spécialisées si nécessaire. Elle est réalisée par des praticiens expérimentés dans la médecine conventionnelle, soumis à l'éthique médicale et au principe de bienfaisance qui font écho aux chartes éthiques encadrant la pratique de l'hypnose bien que cette dernière ne dispose pas à ce jour d'encadrement légal clair.

Le Docteur Véronique Mondain, l'investigatrice principale de l'étude, est un praticien hospitalier spécialisé en infectiologie et dans la prise en charge des infections urinaires. Elle est par ailleurs formée à l'hypnothérapie et aux techniques d'activation de la conscience. Les patientes soulignaient d'ailleurs que leur participation à l'étude avait été favorisée par la confiance établie au préalable avec le médecin spécialiste de leur pathologie.

Notre protocole n'a pas occasionné d'effet indésirable grave notable, de manière concordante avec le rapport de l'Inserm 2015 qui souligne la sécurité d'utilisation de cette méthode²¹.

Evaluer l'hypnothérapie avec des critères de médecine fondée sur les preuves : des limites.

La conclusion de l'article de Crawford C et al. met en garde contre des interprétations trop hâtives de nombreuses études sur ces thérapies pour lesquelles la littérature scientifique n'en est encore qu'à des balbutiements par rapport à d'autres domaines²⁶. Le rapport de l'Inserm 2015 sur l'efficacité de l'hypnothérapie reconnaît également « *l'importance de la réalisation d'études qualitatives bien menées, indispensables pour déterminer ce que les patients ont vécu subjectivement lors de ces prises en charges* » malgré les difficultés méthodologiques inhérentes à cette pratique²¹.

La médecine occidentale, fondée sur les preuves se base sur la compréhension de la physiopathologie d'une maladie se heurte aux médecines alternatives fondées sur une vision holistique du patient et individuelle du ressenti de ses symptômes²⁷. Une étude en aveugle ou contre placebo n'est ni possible et ni éthique pour ce type d'approche thérapeutique, ces critères n'étant pas adaptés pour des thérapies rendant le patient acteur de la mobilisation de ses propres ressources thérapeutiques²⁸.

Bases physiopathologiques de l'hypnothérapie et des cystites récidivantes

A l'heure actuelle, nous manquons d'explications biomédicales aux résultats observés. En effet, une revue de la littérature réalisée en 2010 par Nadya M. Dhanani et al. ne retrouve que peu de publications expliquant le mécanisme physiopathologique par lequel l'hypnothérapie soulagerait la douleur. Une activation du cortex cingulaire antérieur pourrait être impliquée²⁹. D'autres études soulignent le rôle majeur du connectome³⁰.

Les mécanismes de la cystite récidivante sont encore largement incompris. Les dernières recherches physiopathologiques sur la cystite récidivante évoquent une maladie bien différente de la cystite aiguë. Il y aurait deux mécanismes pathogènes principaux: des facteurs bactériens - avec notamment une survie des bactéries dans la vessie post antibiothérapie et une colonisation intracellulaire -et une déficience dans les défenses de l'hôte par une non reconnaissance du pathogène et une dysfonction de la barrière urothéliale³¹. Des équipes commencent seulement à identifier des biomarqueurs de cette pathologie qui pourront probablement être utilisés dans des études ultérieures pour mieux objectiver la réponse aux thérapeutiques proposées³².

Coût des cystites récidivantes

En Italie, la première année de cystites récidivantes coûte en moyenne 239 € à la patiente, puis diminue devant une baisse d'implication dans le parcours de soin du fait d'une lassitude³³. Un recueil de données 5 pays européens retrouve un nombre moyen de consultations médicales sur un an de 2,78 par patiente, 80,3% des patientes ayant été traitées par antibiotique, avec plus d'un tiers d'échec des antibiothérapies de première ligne. Sur un an, une moyenne de 3,09 jours d'arrêt de travail avec 3,45 jours de limitation d'activité était observée³⁴.

Nos résultats montrent une consommation de soins (consultations médicales, examens cyto bactériologiques des urines) et des frais largement plus importants que ceux des articles de la littérature.

Impact sur la qualité de vie

Dans une étude publiée en 1977, on observe des patientes trois fois plus anxieuses ou dépressives avant même l'apparition des troubles urinaires que la population générale et six fois plus de risque que la population générale de présenter un trouble psychiatrique - anxiété pathologique essentiellement ou personnalité obsessionnelle. Cela souligne la nécessité d'une approche thérapeutique multidisciplinaire⁵.

L'impact sur la qualité de vie est toujours décrit comme majeur : inconfort, douleurs, altération de la vie sexuelle avec jusqu'à 78% de handicap dans ce domaine et 17% d'arrêt des rapports sexuels, handicap social, gestion difficile des symptômes, exploration exhaustive et épuisante de toutes les ressources thérapeutiques, peur de la dépendance aux antibiotiques³⁴. Une amélioration des paramètres d'évaluation subjectifs de nos patientes paraît donc être un critère significatif pour réellement évaluer le bénéfice de l'hypnothérapie, mais concernant le domaine des relations sexuelles, nous manquons encore cruellement de données et de thérapeutiques bien évaluées. A noter que deux patientes ont spontanément évoqué des antécédents d'agression sexuelle à l'issue des séances d'hypnose. Ce lien n'a jamais été exploré.

Limites et forces de l'étude

Un biais de sélection peut être à craindre et le manque d'études épidémiologiques et de descriptions existantes sur ces patientes souffrant de cystites récidivantes, ainsi que le faible effectif de cette étude pilote rend plus difficile l'évaluation de celui-ci. Nos patientes ne

semblaient toutefois pas être nécessairement convaincues initialement de l'efficacité de l'hypnose, mais plutôt prêtes à tenter ce protocole du fait de l'impasse thérapeutique dans lesquelles elles se situaient et du retentissement important de la pathologie sur leur qualité de vie. Elles présentaient plus d'épisodes aigus par an de cystite que la moyenne observée dans des études précédentes. Elles peuvent appartenir de ce fait à un sous-groupe répondant particulièrement aux techniques d'activation de conscience.

Dans la littérature, les femmes souffrant de cystites récidivantes est séparée en deux catégories : les femmes jeunes en âge de procréer et les femmes ménopausées, présentant plus fréquemment des facteurs de risque de complications. Nos patientes présentaient toutes, sauf une, des cystites à risque de complications. Très peu d'études s'intéressent à ce type de patientes. Les recommandations de 2015 de la SPILF sont également très évanescentes².

Les cystites récidivantes sont une pathologie fréquente, bénigne mais ayant un impact majeur sur la qualité de vie, souvent négligé par les médecins. Pour répondre à la demande des patientes, nous avons évalué ce protocole d'hypnothérapie médicale sur des critères essentiellement symptomatiques.

Nos critères d'évaluation se basent sur des échelles déjà validées, notamment l'échelle HAD d'anxiété et de dépression et des échelles visuelles analogiques³⁶. Notre recueil de données médico-économiques est quant à lui rétrospectif, soumis par ce fait à des biais de mémoire. L'évaluation à un an permet de s'assurer d'une amélioration prolongée. Il sera intéressant de vérifier à cette occasion la diminution de la fréquence des cystites.

L'effectif de notre étude pilote et de cette analyse intermédiaire est faible mais suffisant pour apporter des résultats statistiquement significatifs et pour élaborer ultérieurement des études sur plus de patientes. Nous ne disposons à ce jour d'aucune patiente perdue de vue ce qui améliore également la pertinence de nos résultats.

V) Conclusion

Cette étude pilote valide l'intérêt de l'utilisation de l'hypnothérapie comme outil de prise de certaines patientes présentant des cystites récidivantes. Nous avons mis en place une méthodologie la plus rigoureuse possible compte tenu des difficultés inhérentes à l'utilisation de cette technique.

Les patientes incluses étaient quasiment toutes dans une situation d'impasse thérapeutique et notre protocole a permis, après seulement 3 séances d'hypnose, de diminuer à 3 mois à la fois l'échelle d'anxiété et de dépression, la douleur chronique et la douleur de crise environ de moitié ce qui est très encourageant pour les évaluations encore en cours. La tendance des évaluations à 6 mois est à la persistance d'un effet bénéfique.

La satisfaction des patientes est importante. L'hypnothérapie a donc pleinement sa place dans la prise en charge des cystites récidivantes, en complément des thérapeutiques conventionnelles. Elle semble pouvoir limiter la consommation de soins : prélèvements microbiologiques, antibiothérapies itératives... D'autres investigations impliquant des effectifs plus importants sont nécessaires. Il est important de permettre à plus de médecins de se former à ces techniques.

Abstract

Recurrent cystitis is a benign bacterial infection of the bladder. Its major impact on quality of life is often neglected by medical practitioners. In France, management mostly consists in antibiotic agents and numerous other treatments to avoid recurrence. Patients suffer from anxiety, often linked to relapses, social stigma, difficult symptom management and chronic pain. Medical hypnotherapy is often used to alleviate stress and pain and has shown promising effects.

Fifteen outpatients from the Nice university hospital infectious diseases department suffering from recurrent cystitis were studied over one year following three hypnotherapy sessions. These patients had increased risks of medical complication due to comorbidities e.g. bladder voiding disorder, prolapse surgery, hysterectomy, radiotherapy. Most of them felt trapped in a medical dead-end and had no preconceived notions about hypnotherapy.

Psychological symptoms monitored with the Hospital Anxiety and Depression scale and chronic and acute pain were reduced by half at the three months' assessment with a long-lasting effect at six months. The number of episodes was drastically reduced in most patients who were highly satisfied of our protocol. The recurrent cystitis annual health cost of our cohort was much higher than that described in our literature review.

Active Self-Care Complementary and Integrative Medicine Therapies are known to be effective in the management of chronic pain, although evidence-based medicine evaluation criteria are hard to meet. They appear inconsistent with active self-care therapy and unethical regarding their holistic-based philosophy.

Although the pathophysiology of hypnotherapy and recurrent cystitis is not yet completely understood, our results are promising and larger studies are needed.

Références

1. Bitton A. La cystite chez la femme, un fléau toujours d'actualité.
docplayer.fr/3889328-La-cystite-chez-la-femme-un-fleau-toujours-d-actualite-alain-b
2. SPILF 2015 Diagnostic et traitement des infections urinaires communautaires de l'adulte.
<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/infections-urinaires-spilf.pdf>
3. Aydin A, Ahmed K, Zaman I, Khan MS, Dasgupta P. Recurrent urinary tract infections in women. *Int Urogynecol J*. juin 2015;26(6):795-804.
4. Guglietta A. Recurrent urinary tract infections in women: risk factors, etiology, pathogenesis and prophylaxis. *Future Microbiol*. 2017;12:239-46.
5. Rees DL, Farhoumand N. Psychiatric aspects of recurrent cystitis in women. *Br J Urol*. 1977;49(7):651-8.
6. Hearn JH, Selvarajah S, Kennedy P, Taylor J. Stigma and self-management: an Interpretative Phenomenological Analysis of the impact of chronic recurrent urinary tract infections after spinal cord injury. *Spinal Cord Ser Cases*. 2018;4:12.
7. Christiaens TCM, De Meyere M, Verschraegen G, Peersman W, Heytens S, De Maeseneer JM. Randomised controlled trial of nitrofurantoin versus placebo in the treatment of uncomplicated urinary tract infection in adult women. *Br J Gen Pract*. sept 2002;52(482):729-34.
8. Bleidorn J, Hummers-Pradier E, Schmiemann G, Wiese B, Gágyor I. Recurrent urinary tract infections and complications after symptomatic versus antibiotic treatment: follow-up of a randomised controlled trial. *Ger Med Sci [Internet]*. 10 févr 2016 [cité 8 août 2018];14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4749724/>
9. Caretto M, Giannini A, Russo E, Simoncini T. Preventing urinary tract infections after menopause without antibiotics. *Maturitas*. mai 2017;99:43-6.
10. Jepson RG, Williams G, Craig JC. Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 17 oct 2012;10:CD001321.

11. Kranjčec B, Papeš D, Altarac S. D-mannose powder for prophylaxis of recurrent urinary tract infections in women: a randomized clinical trial. *World J Urol.* févr 2014;32(1):79-84.
12. DE Leo V, Cappelli V, Massaro MG, Tosti C, Morgante G. [Evaluation of the effects of a natural dietary supplement with cranberry, Noxamicina® and D-mannose in recurrent urinary infections in perimenopausal women]. *Minerva Ginecol.* août 2017;69(4):336-41.
13. Bauer HW, Alloussi S, Egger G, Blümlein H-M, Cozma G, Schulman CC, et al. A long-term, multicenter, double-blind study of an *Escherichia coli* extract (OM-89) in female patients with recurrent urinary tract infections. *Eur Urol.* avr 2005;47(4):542-8; discussion 548.
14. Huttner A, Hatz C, van den Dobbelen G, Abbanat D, Hornacek A, Frölich R, et al. Safety, immunogenicity, and preliminary clinical efficacy of a vaccine against extraintestinal pathogenic *Escherichia coli* in women with a history of recurrent urinary tract infection: a randomised, single-blind, placebo-controlled phase 1b trial. *Lancet Infect Dis.* mai 2017;17(5):528-37.
15. Pannek J, Pannek-Rademacher S, Jus MS, Wöllner J, Krebs J. Usefulness of classical homeopathy for the prophylaxis of recurrent urinary tract infections in individuals with chronic neurogenic lower urinary tract dysfunction. *J Spinal Cord Med.* 27 févr 2018;1-11.
16. Pannek J, Kurmann C, Imbach E, Amsler F, Pannek-Rademacher S. In Vitro Effects of Homeopathic Drugs on Cultured *Escherichia coli*. *Homeopathy.* 22 mars 2018;
17. Acupuncture Treatment in the Prevention of Uncomplicated Recurrent Lower Urinary Tract Infections in Adult Women | *AJPH* | Vol. 92 Issue 10 [Internet]. [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.92.10.1609>
18. Dason S, Dason JT, Kapoor A. Guidelines for the diagnosis and management of recurrent urinary tract infection in women. *Canadian Urological Association Journal.* 2011;5(5):316-322. doi:10.5489/cuaj.11214.
19. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2013.

20. Bioy, A. and D. Michaux (2007). *Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications.*
21. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. :213. Rapport INSERM 2015.
22. Lee C, Crawford C, Teo L, Spevak C, Active Self-Care Therapies for Pain (PACT) Working Group. An analysis of the various chronic pain conditions captured in a systematic review of active self-care complementary and integrative medicine therapies for the management of chronic pain symptoms. *Pain Med.* avr 2014;15 Suppl 1:S96-103.
23. Lynch DF. Empowering the patient: hypnosis in the management of cancer, surgical disease and chronic pain. *Am J Clin Hypn.* oct 1999;42(2):122- 30.
24. Whitehead WE. Hypnosis for irritable bowel syndrome: the empirical evidence of therapeutic effects. *Int J Clin Exp Hypn.* janv 2006;54(1):7- 20.
25. Webb AN, Kukuruzovic RH, Catto-Smith AG, Sawyer SM. Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 17 oct 2007;(4):CD005110.
26. Crawford C, Lee C, Freilich D, Active Self-Care Therapies for Pain (PACT) Working Group. Effectiveness of active self-care complementary and integrative medicine therapies: options for the management of chronic pain symptoms. *Pain Med.* avr 2014;15 Suppl 1:S86-95.
27. Vanherweghem JL. [Evidence-based medicine and art of healing: the dead end of incommensurate paradigms]. *Bull Mem Acad R Med Belg.* 2005;160(10 12):459 65.
28. Tonelli MR, Callahan TC. Why alternative medicine cannot be evidence-based. *Acad Med.* déc 2001;76(12):1213 20.
29. Dhanani NM, Caruso TJ, Carinci AJ. Complementary and alternative medicine for pain: an evidence-based review. *Curr Pain Headache Rep.* févr 2011;15(1):39- 46.
30. Vugt B van, Dagnino B, Vartak D, Safaai H, Panzeri S, Dehaene S, et al. The threshold for conscious report: Signal loss and response bias in visual and frontal cortex. *Science.* 4 mai 2018;360(6388):537-42.

31. A mucosal imprint left by prior Escherichia coli bladder infection sensitizes to recurrent disease. - PubMed - NCBI [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=27798558>
32. Jhang J-F, Kuo H-C. Recent advances in recurrent urinary tract infection from pathogenesis and biomarkers to prevention. *Ci Ji Yi Xue Za Zhi*. sept 2017;29(3):131- 7.
33. Ciani O, Grassi D, Tarricone R. An economic perspective on urinary tract infection: “the cost of resignation”. *Clin Drug Investig* 213 Apr; 33 (4)/ 255-61
34. Wagenlehner F, Wullt B, Ballarini S, Zingg D, Naber KG. Social and economic burden of recurrent urinary tract infections and quality of life: a patient web-based study (GESPRIT). *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. févr 2018;18(1):107 17.
35. Foxman B. Recurring urinary tract infection: incidence and risk factors. *Am J Public Health*. mars 1990;80(3):331- 3.
36. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. févr 2002;52(2):69- 77.

Annexe 1 : Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

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

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

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

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

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

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

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

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

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

5. Je me fais du souci

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

6. Je suis de bonne humeur

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

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

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

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

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

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

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

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

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

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

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

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

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

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

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

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

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

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Références

- Zigmond A.S., Snaith R.P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370. Traduction française : J.F. Lépine.
- « L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie » sous la direction de J.D. Guelfi, éditions Pierre Fabre. Présentée également dans : *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2000, 2, 31.

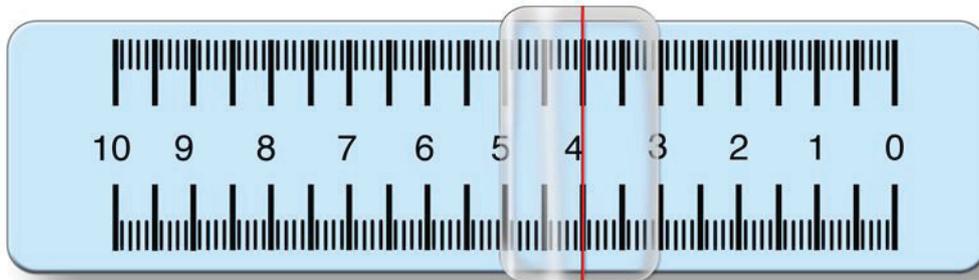
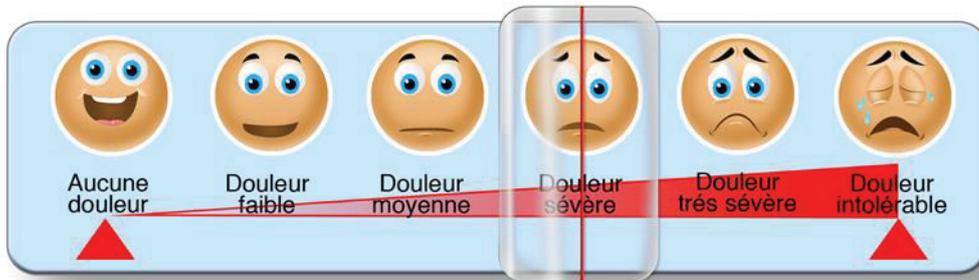
Annexe 2 : Evaluation Visuelle Analogique de la douleur :

Globale sur le dernier mois, et de l'intensité maximale de la dernière crise de cystite

Utilisez cette échelle pour donner :

- a) L'intensité de la douleur chronique moyenne sur le dernier mois en lien avec les cystites récidivantes

- b) L'intensité maximale de la dernière crise de cystite



Annexe 3 : Echelle de satisfaction générale

Sur cette échelle de 0 à 10, entourez votre niveau de satisfaction globale sur l'hypnothérapie et ses résultats :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Annexe 4 : Echelle de capacité à gérer les symptômes de la crise de cystite

Trouvez-vous que la technique utilisée dans ce protocole, associant séances d'hypnose et prescriptions de tâches, vous a aidé à gérer les symptômes associé aux cystites récidivantes ?

Oui, tout à fait

Oui en partie

Insuffisamment

Pas du tout

Annexe 5 : Echelle d'évaluation de l'impact sexuel

Comment qualifieriez-vous le retentissement des cystites récidivantes sur votre vie sexuelle de façon globale ?

Très important Important Peu important Pas du tout important

Quel est le résultat du protocole sur le retentissement des cystites récidivantes sur votre vie sexuelle ?

Très important Important Peu important Pas du tout important

Quel est l'impact du protocole sur l'anxiété d'avoir une relation sexuelle ?

Très important Important Peu important Pas du tout important

Quel est l'impact du protocole sur le confort pendant l'acte sexuel ?

Très important Important Peu important Pas du tout important