



HAL
open science

Intérêt de l'hypnose ericksonienne dans le traitement du Trouble de Stress Post-Traumatique : étude observationnelle

Prunelle Lemaire

► To cite this version:

Prunelle Lemaire. Intérêt de l'hypnose ericksonienne dans le traitement du Trouble de Stress Post-Traumatique : étude observationnelle. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02880914

HAL Id: dumas-02880914

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02880914>

Submitted on 25 Jun 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Prunelle LEMAIRE

Le 11 octobre 2019

Intérêt de l'hypnose ericksonienne dans le
traitement du Trouble de Stress Post-
Traumatique :
Étude observationnelle

Directeur de thèse :
Professeur Sébastien GUILLAUME
Co-Directrice de thèse :
Docteur Marie BRITTNER

JURY

Président : Professeur COURTET Philippe

Assesseurs : Professeur GUILLAUME Sébastien
Professeur LOPEZ CASTROMAN Jorge
Docteur BRITTNER MARIE

Membre invité : Docteur MONNIER Gregory

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Prunelle LEMAIRE

Le 11 octobre 2019

Intérêt de l'hypnose ericksonienne dans le
traitement du Trouble de Stress Post-
Traumatique :
Étude observationnelle

Directeur de thèse :

Professeur Sébastien GUILLAUME

Co-Directrice de thèse :

Docteur Marie BRITTNER

JURY

Président : Professeur COURTET Philippe

Assesseurs : Professeur GUILLAUME Sébastien
Professeur LOPEZ CASTROMAN Jorge
Docteur BRITTNER MARIE

Membre invité : Docteur MONNIER Gregory

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SANY Jacques
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SEGNARBIEUX François
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie	SENAC Jean-Paul
CASTELNAU Didier	Madeleine	SERRE Arlette
CHAPTAL Paul-André	MAGNAN DE BORNIER	SIMON Lucien
CIURANA Albert-Jean	Bernard	SOLASSOL Claude
CLOT Jacques	MARY Henri	THEVENET André
D'ATHIS Françoise	MATHIEU-DAUDE Pierre	VIDAL Jacques
DEMAILLE Jacques	MEYNADIER Jean	VISIER Jean Pierre
DESCOMPS Bernard	MICHEL François-Bernard	
DIMEGLIO Alain	MICHEL Henri	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MAURY Michèle
BLANC François	MILLAT Bertrand
BOULENGER Jean-Philippe	MAUDELONDE Thierry
BOURREL Gérard	MONNIER Louis
BRINGER Jacques	PREFAUT Christian
CLAUSTRES Mireille	PUJOL Rémy
DAURES Jean-Pierre	SULTAN Charles
DAUZAT Michel	TOUCHON Jacques
DEDET Jean-Pierre	VOISIN Michel
ELEDJAM Jean-Jacques	ZANCA Michel
GUERRIER Bernard	
JOURDAN Jacques	
MARES Pierre	

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Économie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologique
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHEH Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Courtet

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci également de m'avoir permis d'évoluer au sein de votre service, dans lequel j'ai pu durant mes différents stages, apprendre le métier de psychiatre.

Monsieur le Professeur Guillaume

Merci de m'avoir transmis ton expérience, ta passion et ta curiosité pour les troubles des conduites alimentaires. Merci également de m'avoir guidé et soutenu tout au long de ce travail de thèse. Et enfin de m'accorder ta confiance en me permettant de continuer à travailler au sein du service.

Monsieur le Professeur Castroman

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Comme de nombreux internes avant moi, j'ai pu durant ces années, profiter et m'enrichir de vos commentaires et analyses toujours justes. Merci également pour votre rigueur nous rappelant qu'il faut toujours garder un œil critique et objectif.

Madame le Docteur Brittner

Merci d'avoir accepté cette aventure. Merci également de m'avoir guidé et soutenu tout au long de ce travail de thèse. Tu m'as accompagné dans mes premiers pas d'interne, il était important pour moi que tu m'accompagnes dans cette dernière ligne droite. Tu as su me transmettre ton enthousiasme et ton intérêt pour la psychiatrie adulte. Merci pour ta disponibilité, ta bienveillance, ta bonne humeur et ton sens de la fête. Je compte sur toi pour la suite !

Monsieur le Docteur Monnier

Merci de m'avoir accueilli dans tes différents services et permis de découvrir avec parfois étonnement, mais toujours enthousiasme, la psychiatrie. Tu as su me laisser évoluer dans mes pratiques et mon autonomie entre mon premier et mon dernier stage d'interne. Et merci enfin de m'accorder ta confiance en me permettant de continuer à travailler au sein de ton pôle.

Merci aux différents médecins avec qui j'ai eu la chance de travailler et auprès desquels j'ai appris ma spécialité.

Gregory, Maha, Deta lors de mon premier stage d'interne à St hippo et à IACCA ;
Florence, Bahia et Valérie à mes quelques apparitions à Nash ou lors de nos relèves de garde ;
Farid, Jérôme B. et Jérôme L., Sarah et Julien, lors de mon stage à Germaine ;
Sébastien, Alix, Sylvain et Fanélie à la découverte des troubles du comportement alimentaire ;
Marie B., Elsa, Amandine, Nadia, Emma, Camille B., Joséphine, Cyrielle, Aurélie, la nouvelle équipe du 7 lors de mon retour aux sources sur St hippo ;
Alexandre, Hélène, Vincent lors de mon aventure en pédopsy ;
Emilie, Fanny, Marie G., Estelle, Blandine, Camille A., Audrey lors de mon passage au centre expert bipolaire ;
Lucile et Chloé, lors de mes astreintes UPUP ;
À tous ceux présents en garde, Ali, Thibault, Nicolas, Magalie, Cécile, Radu, Mathieu, Dimitri, Anis et j'en oublie sûrement.
À ma découverte de l'hypnose avec Patrick et Luc. Merci pour la richesse de votre enseignement, si différente et pour autant si complémentaire.
Aux rencontres associatives, Fabrice, Hélène, Sylvain, Meriem et Gregory lors de nos soirées ALRTCC !

Ma pratique de la psychiatrie sera, je l'espère, inspirée d'un peu de chacun de vous.

Merci aux différentes équipes soignantes avec qui j'ai eu la chance de travailler, à IACCA, à St hippo, à Germaine Le Guillant, à l'HDJ TCA, à l'HDJ CEB, à l'HDJ Père Soulas, et à Peyre Plantade.
Merci aux cadres et cadre sup' croisés sur mon chemin, Isabelle, Myriam, Audrey, William et les autres !
Merci aux psychos et leurs boulots de fou, Mathieu, Lucile, et Bastien.
Merci aux ARC, Maude et Aurélie, toujours dispo !
Merci à toutes les secrétaires ! Bernadette, Laurence, Sylvie, Anne, Magalie, Audrey, Virginie et les autres ! Que de paperasse !

Un merci particulier à Anne et Jérôme qui m'ont fait découvrir avec un plaisir partagé leur travail et ses petits secrets et leur façon de voir la vie et l'avenir. Et que celui-ci nous réserve encore plus de belles découvertes au fil des nouveaux horizons qui s'ouvrent devant chacun de nous !

À toute ma promo d'interne !

Camille, toujours prête à aller boire un coup, notre aventure de pédopsy nous aura permis d'être à ça d'être une bonne copine !

Maëlane, tu vas à la chasse de tes témoins comme à la chasse aux Pokémon. Que l'aventure continue !

Charlotte, à ce 10km et tout le soutien nécessaire dans cette dernière ligne droite ! Vivement la suite !

Au rayon sport, je n'oublie pas les matchs de Bad' si serrés avec Olivier, Dimitri, Anis et Bruno !
À l'aventure pédopsy, à plusieurs c'est toujours mieux ! Aurore, Clara, Édith, Lucile, Clémentine, Bruno, Yann ! Pour certain le souvenir de ce merveilleux mardi matin !

L'aventure TCC avec Anabelle, les tentatives de marche rapide avec Manon, les conseils de stat' de Benjamin, même depuis le lit de l'hôpital ! Sans oublier Clémentine, et ta voix toujours apaisante et Cléo !

Aux plus jeunes, Yoann et nos courses endiablées, Charles et nos pauses café au relais, Chrys et ton investissement toujours pas dépassé ^^, RGD la tête en l'air du tarot, Pauline toujours souriante et Jacques et notre procrastination...

Au plus vieux, partageant jusqu'au bout les plaisirs de la rédac' de thèse ^^, Manu, Déborah, Loïc. À tous les internes de psychiatrie, à tous ces midis, ces soirées œnologie, ces soirées jeux, plage ou bières. À toutes les parties de tarot. A ces temps de psychothérapie de groupe, soutien moral ou TCC faites autour d'un café, faut l'avouer bien dégueulasse ^^ !

À tous les autres internes connus et croisés plus ou moins longtemps, à toutes ses personnalités si différentes et si nécessaire à notre métier ! Et tous les autres souvenirs que laisse l'internat !

À tous mes amis, les plus anciens, Audrey, Jérémie, Alexia, et ceux de longue date, Matthieu, Denis et Marta, Thomas et Nathalie, Raphaël, Alice et Guillaume, Natacha, Bastien, Chris et Marie, Alizée et Vincent, Adeline et tous ceux à venir ! Un peu de chacun de vous m'inspire !

À ma famille.

À ma grand-mère et cet accent irlandais si chantant ! Je te raconterai tout ce que tu ne vois plus.

À mes parents chéris, toujours présents, suivants avec bienveillance mon petit bout de chemin !

À mon frère, et toute sa belle petite famille, en espérant vous voir plus souvent !

À ma sœur, même si la distance est maintenant trop grande, ton influence reste sûrement.

À ma belle-famille, une seconde famille depuis tant de temps maintenant. À Momo, et ces conversations endiablées au coin du feu. À Flo, un beauf comme on en voudrait tous !

Une pensée particulière à Patrick, parti avant l'heure, je n'ai finalement jamais pu te faire de séance d'hypnose, toi qui en voulais tant ! Tu as été un beau-père bourru et attentif ! Tu manques à chacun de nous, à chaque instant.

À toi, Raphaël, celui qui m'a appris à aimer la fraise, la vie et tant de choses, toi qui me connais tant et cherches encore à découvrir, jamais je ne pourrai assez te remercier de tout ce que tu m'apportes tous les jours que fait notre aventure !

Il meurt lentement celui qui devient esclave de l'habitude refaisant tous les jours les mêmes chemins, celui qui ne se risque jamais à porter une nouvelle couleur ou qui ne parle jamais à un inconnu.

Il meurt lentement celui qui ne change pas de cap, celui qui ne renverse pas les tables lorsqu'il est malheureux au travail ou en amour, celui qui ne prend pas de risques pour réaliser ses rêves, celui qui, pas une seule fois dans sa vie, n'a fui les conseils sensés.

Il meurt lentement celui qui ne voyage pas, celui qui ne lit pas, celui qui n'écoute pas de musique, celui qui ne sait pas trouver grâce à ses yeux.

Il meurt lentement celui qui détruit son amour-propre, celui qui ne se laisse jamais aider, celui qui passe des jours à se lamenter de sa propre malchance ou de la pluie incessante.

Il meurt lentement celui qui abandonne un projet avant de l'avoir commencé, celui qui ne pose pas de questions sur les sujets qu'il ne connaît pas, celui qui ne répond pas quand on lui demande quelque chose qu'il connaît.

Nous évitons la mort, à petites doses, en nous souvenant sans cesse qu'être vivant est un effort qui va bien au-delà du simple fait de respirer.

Vivez maintenant. Risquez-vous aujourd'hui. Agissez tout de suite. Ne vous laissez pas mourir lentement. Ne vous privez pas d'être heureux.

Martha Medeiros, 2000 (1)

Table des matières

I.	Introduction.....	17
II.	Revue de la littérature.....	18
A.	Le trouble de stress post-traumatique	18
1.	Définition et épidémiologie.....	18
2.	Clinique.....	19
3.	Développement du Trouble de Stress Post-traumatique	22
4.	Prise en charge	30
5.	Pronostic et évolution	34
6.	Historique du psychotraumatisme : L'hypnose des batailles	34
B.	L'hypnose	37
1.	Historique	37
2.	Phénoménologie	39
3.	Hypnose ericksonienne	42
4.	Hypnose et neuroscience	45
5.	Pratique de l'hypnose en France.....	49
6.	Éthique et sécurité	50
C.	La dissociation, le mal dans le Trouble de Stress Post-Traumatique, le remède dans l'hypnose	52
1.	Dissociation non pathologique.....	53
2.	Dissociation pathologique.....	54
3.	Similitudes entre état dissociatif traumatique et état hypnotique	55
4.	Intérêt de l'hypnose ericksonienne dans le Trouble de Stress Post-Traumatique	56
III.	Matériels et méthodes	66
A.	Objectifs	66
B.	Méthodologie	66
1.	Lieu de réalisation de l'étude	66
2.	Description de la population	67
3.	Recueil des données.....	68
4.	Analyses statistiques	73
IV.	Résultats.....	76
A.	Distribution des participants.....	76
B.	Description des données qualitatives	76
1.	Caractéristiques sociodémographiques.....	76

2.	Traitements	77
3.	Perdus de vue	77
4.	Événements indésirables	77
C.	Analyses des données quantitatives	78
1.	Critères de jugement principaux	78
2.	Critères de jugement secondaires	79
3.	Analyses en sous-groupes	81
V.	Discussion	85
A.	Les résultats	85
1.	Résultats qualitatifs	85
2.	Résultats quantitatifs	86
B.	Les limites	89
1.	Type d'étude	89
2.	Population	89
3.	Prise en charge en hypnose ericksonienne	90
4.	Évaluation par questionnaires	91
5.	Outils statistiques et p-value	91
C.	Les perspectives	91
VI.	Conclusion	92
VII.	Bibliographie	93
VIII.	Annexes	107
A.	Classifications	107
1.	DSM-5	107
2.	CIM-10	111
B.	Questionnaires	112
1.	Hétéroquestionnaires	112
2.	Autoquestionnaires	142

Liste des abréviations :

ALD : Affection Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BDI : Beck Depression Inventory

CAPS : Clinician-Administered PTSD Scale

CTQ : Childhood Trauma Questionnaire

DES : Dissociative Experiences Scale

EEG : Electroencéphalogramme

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

GABA : Acide γ -Aminobutyrique

HAS : Haute Autorité de Santé

HRQoL : Health-Related Quality of Life

IRMf : Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle

ISRS : Inhibiteur Sélectif de Recapture de la Sérotonine

MINI-S : Mini International Neuropsychiatric Interview

PCL-S : Post-traumatic stress disorder Checklist Scale

PSQI : Pittsburgh Sleep Quality Index

SCID : Structured Clinical Interview

STAI-A : State-Trait Anxiety Inventory

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

TEP-scan : Tomographie par émission de positons Scanner

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

TSA : Trouble de Stress Aigu

WHOQOL BREF : World Health Organization Quality of Life-BREF

I. Introduction

L'idée de ce travail est née de ma découverte de l'usage de l'hypnose en psychothérapie lors de mon premier stage d'interne à la clinique de l'anxiété d'Uzès. Devant le succès de plus en plus médiatisé de cette approche, et des retours à la fois des patients et des thérapeutes des bienfaits de l'hypnose, j'ai choisi de me former à cette pratique en compagnie d'autres collègues. L'hypnose est en effet une méthode très souvent bien acceptée par les patients et réalisable par de nombreuses professions médicales et paramédicales.

Suite à cette formation et à l'apprentissage des différentes techniques hypnotiques, j'ai souhaité avoir une meilleure compréhension des mécanismes sous-jacents ainsi qu'une évaluation plus rigoureuse des bénéfices de cette méthode. Il semblait alors naturel de choisir cette thématique pour mon sujet de thèse.

S'intéresser au Trouble de stress post-traumatique (TSPT) est venu dans un second temps, après cette formation à l'hypnose ericksonienne. L'un des mécanismes princeps de l'hypnose est le phénomène de dissociation, permettant à l'esprit d'être ailleurs tout en étant physiquement ici. Ce mécanisme me rappelait fortement celui présenté par les patients souffrant de TSPT et vivant des reviviscences, des cauchemars et d'autres symptômes dissociatifs.

C'est ainsi que l'étude de l'usage de l'hypnose ericksonienne dans le cadre des patients souffrant de TSPT s'est dessinée.

Devant la littérature assez restreinte sur ce sujet et la possibilité de recueillir de nombreuses informations concernant les patients suivis couramment à la clinique de l'anxiété, une étude observationnelle prospective en soins courants a pu être mise en place. En effet, il est d'usage dans cette clinique, de réaliser de nombreux questionnaires d'évaluation des différents symptômes que peut présenter le patient, l'ensemble des thérapeutes étant formé aux thérapies cognitives et comportementales. Il semblait donc facilement faisable de rassembler l'ensemble de ces résultats pour permettre une observation plus rigoureuse de cette méthode.

Le but de cette étude est dans un premier temps d'observer l'évolution des symptômes dus au TSPT et dans un second temps d'observer l'évolution des comorbidités les plus fréquentes avec une prise en charge en hypnose ericksonienne.

Cette recherche me permet également d'améliorer mes connaissances scientifiques, sur une méthode parfois qualifiée d'originale afin de justifier de mes pratiques.

Nous retracerons dans la revue de la littérature, l'état des connaissances actuelles sur le TSPT, ainsi que les recherches récentes concernant l'hypnose et plus particulièrement l'hypnose ericksonienne. Nous aborderons plus précisément le principe de dissociation, mécanisme commun au TSPT et à l'hypnose. À la suite de cette revue de la littérature, nous présenterons l'étude observationnelle réalisée au sein de la clinique de l'anxiété, pratiquant de façon courante l'hypnose ericksonienne dans la prise en charge de patients souffrant de TSPT. Enfin, nous discuterons des différents résultats recueillis durant cette observation et des limites et perspectives qu'ouvre ce travail.

II. Revue de la littérature

Nous allons développer dans ce chapitre la sémiologie du TSPT et l'état actuel des connaissances scientifiques concernant sa physiopathologie et sa prise en charge. Nous terminerons par un point historique.

A. Le trouble de stress post-traumatique

1. Définition et épidémiologie

a) Définition

Le TSPT est défini par la survenue de symptômes spécifiques suite à l'exposition à un traumatisme, qui correspond à un événement au cours duquel la personne elle-même, ou d'autres personnes ont pu être menacée(s) de mort, décéder, subir des violences ou des blessures graves. L'exposition à ce traumatisme peut être personnelle, en étant témoin direct, en apprenant que cela est arrivé à un proche ou dans un cadre professionnel avec des expositions répétées. (2)

b) Contexte épidémiologique

La prévalence sur la vie entière du TSPT varie en fonction du pays et de la classe sociale de 1,3 à 12,2% (3) et serait comprise entre 5 et 10 % dans la population générale (4). Elle peut être plus importante au sein des populations exposées en zones de guerre, ou chez les victimes ou les témoins directs d'attaques terroristes (5). La probabilité de développer un TSPT après exposition à un traumatisme varie en fonction du sexe et du type de traumatisme. Elle est de 46 à 65% dans

le cas d'un viol, de 2 à 22% dans le cas d'une agression physique et de 6 à 9% après un accident (6). Le sex-ratio est de 2 femmes pour 1 homme (4).

2. Clinique

a) *Sémiologie psychiatrique*

(1) Syndrome de répétition

Ce syndrome comprend les reviviscences, les cauchemars, et les réactions dissociatives, ces symptômes étant généralement associés à une réactivité physiologique entraînant des symptômes physiques (7)(8). Concernant les réactions dissociatives, on peut citer des phénomènes de dépersonnalisation ou de déréalisation.

(2) Syndrome d'évitement

Ce syndrome comprend l'ensemble des efforts faits par le patient afin d'éviter les pensées, les émotions, les personnes, les lieux ou les activités pouvant avoir un lien avec le traumatisme. Les conséquences fonctionnelles générées peuvent-être très importantes (7)(8).

(3) Hyperactivation neurovégétative

Cette hyperactivation neurovégétative se traduit par une anxiété et une irritabilité accrue, des troubles du sommeil et de la concentration, des difficultés de gestion émotionnelle avec parfois des comportements autodestructeurs. Le risque suicidaire est élevé dans le TSPT. On retrouve également des réactions de sursaut exagérées et une hypervigilance à l'environnement (7)(8)(9).

(4) Altérations négatives des cognitions et de l'humeur

Ces altérations peuvent se présenter sous la forme d'amnésie touchant des aspects importants du traumatisme, de la persistance de distorsions cognitives concernant les autres, le monde et soi-même, concernant également les causes et les conséquences des événements traumatiques. On retrouve un état émotionnel négatif, avec des difficultés à ressentir les émotions positives, une tendance à la réduction des activités, ainsi qu'un sentiment de détachement vis-à-vis des autres (7)(8).

b) *Diagnostic*

(1) Diagnostic positif

(a) Évaluation clinique

Le diagnostic positif de TSPT repose sur :

- L'exposition directe ou indirecte (témoin, proche) à un événement traumatique au cours duquel le sujet ou d'autres personnes sont mortes ou ont risqué de mourir, ou d'être gravement blessées ou menacées dans leur intégrité ;
- Un carré symptomatique regroupant : syndrome de répétition, syndrome d'évitement, hyperactivation neurovégétative et altérations négatives des cognitions et de l'humeur ;
- Une évolution de plus d'un mois des symptômes après la survenue de l'événement traumatique ;
- Une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social ou professionnel.

En annexe 1 de ce travail se trouvent les critères diagnostiques du TSPT selon le DSM-5 et selon la CIM 10.

(b) Évaluation psychométrique

Il existe un certain nombre d'outils validés permettant d'établir le diagnostic de TSPT selon les critères du DSM et de mesurer la sévérité des symptômes engendrés par ce trouble.

- *Clinician-Administred PTSD Scale (CAPS)*

La CAPS est la référence utilisée aussi bien en recherche que pour le diagnostic du TSPT en clinique. Il s'agit d'un hétéroquestionnaire basé sur un entretien structuré, composé de 30 items, permettant de poser un diagnostic de TSPT et de mesurer la sévérité des symptômes définis dans le DSM-IV selon l'intensité et la fréquence sur le mois passé (10)(11). Il existe un grand nombre de règles de cotation concernant cette échelle, la limite de 45 a été choisie dans cette étude pour retenir le diagnostic de TSPT (12).

- *Post-traumatic Check-List Scale (PCL-S)*

Il s'agit d'un autoquestionnaire évaluant la sévérité du TSPT sur le dernier mois. Il est utile pour l'évaluation des patients et la surveillance d'un traitement. Il est composé de 17 items représentant les critères diagnostiques du DSM-IV en fonction de l'intensité de la symptomatologie. Des versions différentes ont été développées pour les populations civiles et militaires. Il existe un seuil qui permet de poser le diagnostic de TSPT, fixé le plus souvent à 44 sur 85 (13)(14).

(2) Formes cliniques

On distingue :

- *Les formes dissociatives* avec déréalisation et/ou dépersonnalisation persistantes ou récurrentes.
- *Les formes à expression retardées* : lorsque l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois ou plus après l'événement. Il s'agit en fait de l'aggravation ou de la réactivation symptomatique d'une forme subsyndromique (8)(2).
- *Trauma de type 1* : Evènement unique et inattendu posant une menace vitale aiguë ponctuelle (accident de voiture, violence physique, agression).
- *Trauma de type 2* : L'événement est prolongé ou répété et l'on ne peut pas prédire son évolution (accidents perdurants, maltraitance, violence conjugale).

(3) Diagnostic différentiel

Les diagnostics différentiels sont :

- *Trouble stress aigu (TSA)* : il désigne l'apparition d'une symptomatologie similaire au TSPT dans les jours suivant le traumatisme mais ne perdurant pas au-delà d'un mois.
- *Trouble de l'adaptation* : Le trouble de l'adaptation se distingue du TSA et du TSPT par sa symptomatologie : absence de syndrome de répétition et de syndrome d'évitement dans le trouble de l'adaptation.
- *Trouble obsessionnel compulsif* : Les patients présentant un trouble obsessionnel compulsif peuvent présenter des idées ou images intrusives, mais celles-ci ne sont pas en lien avec un événement traumatique (8).

c) Comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques sont nombreuses avec essentiellement :

- *Troubles addictifs* : troubles liés à l'usage d'alcool, de tabac, de psychotropes ou d'autres substances psychoactives.
- *Épisode dépressif caractérisé* : Le risque évolutif principal de cette comorbidité est le risque suicidaire.
- *Autres troubles anxieux* : trouble panique, trouble phobique ou trouble obsessionnel compulsif (8).

3. Développement du Trouble de Stress Post-traumatique

a) Psychopathologie

(1) Facteurs de risques prétraumatiques

- *Antécédents psychiatriques personnels et familiaux* : Les enfants présentant des niveaux plus élevés d'anxiété, de dépression, ou de comportements externalisés, sont plus à risque de TSPT (15). De plus, il est bien établi que l'exposition à un traumatisme antérieur augmente ce risque. Les antécédents personnels de troubles thymiques, anxieux, ou d'abus de substances augmentent également du risque de TSPT (16).
Concernant les antécédents familiaux, les études restent encore contradictoires, une méta-analyse ne retrouve pas d'association significative entre la présence d'antécédents familiaux et le risque de développer un TSPT (17).
- *Sexe et orientation sexuelle* : Les femmes ont un risque deux fois plus important que les hommes de développer un TSPT (18). Cette différence pourrait être expliquée par la combinaison d'autres facteurs (pré, péri et post traumatique) pour 83% de l'effet du sexe sur la sévérité du TSPT (19). Il existe un risque accru de TSPT chez les minorités sexuelles de 1,6 à 3,9 fois plus élevé que chez les hétérosexuels (20).
- *Âge* : Le TSPT peut toucher les patients de tout âge. La prévalence est maximale pour le groupe des 45-59 ans avec 9,2% et minimale chez les plus de 60 ans avec 2,5% (21).
- *Statut socio-économique* : Les populations ayant un niveau intellectuel plus bas sont plus à risque de développer un TSPT (18). Concernant l'ethnicité, il est possible que cela soit un facteur de risque de TSPT, même si les études peuvent être contradictoires (22). On retrouve également une augmentation du risque de TSPT chez les populations aux faibles revenus (16), augmentation possiblement liée à d'autres facteurs confondants.
- *Facteurs génétiques* : Il existe de nombreuses recherches à l'heure actuelle sur une vulnérabilité génétique au développement du TSPT (23).

(2) Facteurs de risques péritraumatiques

- *Type d'événement traumatique* : Le type de traumatisme et sa sévérité sont importants à prendre en compte dans le développement d'un TSPT, le risque le plus haut étant retrouvé pour les agressions physiques et sexuelles (22).
- *La détresse péritraumatique* : Cette détresse correspond aux réponses émotionnelles négatives et aux réactions physiques d'anxiété ressenties par un individu pendant ou

immédiatement après un événement traumatique. Plus la détresse est importante, plus le risque est majoré de développer un TSPT (24).

- *La dissociation péritraumatique* : Cela correspond au fait de ressentir un détachement, une absence de réactivité émotionnelle, des phénomènes de déréalisation ou de dépersonnalisation. La dissociation péritraumatique est un facteur de risque élevé dans le développement d'un TSPT (25).
- *Le trouble de stress aigu (TSA)* : Les études suggèrent que les personnes qui répondent aux critères des TSA présentent un risque plus élevé de TSPT (26).

(3) Facteurs de risques post-traumatiques

- *Événements de vie négatifs* : Les situations de vie stressantes et négatives survenant à la suite de l'événement traumatique (séparation, décès d'un proche, difficultés financières) peuvent exacerber la détresse vécue et influencer le développement de symptômes de TSPT (16).
- *Accès aux soins* : Le débriefing psychologique a pour but de réduire la détresse initiale et de favoriser un meilleur comportement adaptatif à court et long terme. Malgré son utilisation actuellement systématique, les preuves de l'efficacité de cette technique font défaut (27).
- *Support social* : Le manque de support social (conjoint, amis ou famille) augmente le risque de développer un TSPT (17) (16).
- *Activité physique* : Elle semble être liée à de meilleures capacités de résilience. Son absence est corrélée au stress, aux problèmes de santé et au développement de pathologies chroniques tel le TSPT. Pour autant, des études sont encore nécessaires pour confirmer cette hypothèse (28).
- *Cognition* : La flexibilité cognitive et l'optimisme permettent une meilleure réponse aux situations traumatiques et diminuent l'incidence des TSPT (29). De même, l'altruisme est associé à une moindre incidence de symptômes dépressifs et de TSPT (30) (31).

b) Physiopathologie

Popularisé par le physiologiste canadien H. Selye dans les années 50, le mot stress désigne la « réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou une menace ». Cela recouvre donc les aspects physiques, comportementaux et émotionnels.

(1) Réponse physiologique

Le circuit limbique est le nom donné à un groupe de structures nerveuses jouant un rôle dans les comportements de peur. Étymologiquement, limbe signifie frontière, le système limbique reflétant l'interface anatomique et fonctionnelle entre le système cognitif plutôt conscient et le système végétatif plutôt inconscient. Ce système comprend notamment l'hippocampe, l'amygdale, le gyrus cingulaire, le fornix et l'hypothalamus. La réponse habituelle à un traumatisme fait appel à ce groupe de structures nerveuses interconnectées.

Ce système joue un rôle essentiel dans le contrôle des émotions, l'apprentissage et la mémoire. Différentes structures neurologiques sont impliquées comme l'amygdale que l'on associe à la mémoire affective et aux réponses émotionnelles ; l'hippocampe qui replace l'événement traumatique dans un contexte permettant l'extinction des réponses conditionnées ; et lorsque l'hippocampe est associé aux cortex préfrontaux et cingulaires, il permet l'extinction de l'activité amygdalienne.

Lors d'un événement stressant, les différents stimuli sensoriels vont activer le thalamus. De là, il existe 2 voies d'analyse (32) :

- Une *voie rapide*, inconsciente : cette voie se propage du thalamus à l'amygdale et déclenche une réponse émotionnelle. Elle permet la mobilisation des défenses de l'organisme en activant l'axe hypothalamo-hypophysaire ainsi que le système nerveux autonome.
- Une *voie lente*, plus complexe et consciente : cette voie active le cortex préfrontal et cingulaire ainsi que l'hippocampe permettant une régulation de la réponse émotionnelle.

Il existe 4 types de réponses à l'activation de ce système (33) :

- Une *réponse végétative* immédiate avec libération de noradrénaline et d'adrénaline via le système nerveux autonome, entraînant une augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, de la fréquence respiratoire et de la glycogénèse (34)(35).
- Une *réponse comportementale* immédiate soit de fuite, soit de combat.
- Une *réponse endocrinienne*, secondaire, via le cortisol, favorisant la néoglucogénèse.
- Une *réponse motivationnelle* par libération de dopamine dans le circuit de la récompense faisant éprouver du plaisir lors de comportements essentiels à la survie (31).

Lors de l'exposition à un événement traumatique, la voie lente ne peut pas jouer son rôle de régulation et ne module pas l'hyperactivité amygdalienne.

- L'amygdale reste activée ainsi que la réponse émotionnelle maximale.
- Les réponses végétatives et endocriniennes persistent.

Du fait de la persistance de ces différentes activations, il existe un risque de toxicité pour l'organisme. Ce risque va entraîner la mise en place d'une voie de secours exceptionnelle : le circuit limbique produit alors des endorphines et des substances antagonistes permettant la déconnection de l'amygdale (36). Malgré la persistance de l'événement traumatique, l'amygdale déconnectée entraîne un apaisement de l'état de stress par arrêt de la stimulation du système nerveux autonome et de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Il n'y a plus de réponse émotionnelle, et les endorphines entraînent une analgésie et une anesthésie affective. Le thalamus continue de recevoir les informations sensorielles, mais sans connotation émotionnelle ou souffrance physique ou psychique, entraînant les phénomènes de dépersonnalisation et de déréalisation conduisant à un état dissociatif. C'est également cette déconnection entre l'amygdale et l'hippocampe qui peut entraîner des amnésies partielles ou totales des événements. La mémoire implicite émotionnelle amygdalienne est à l'origine d'un circuit de peur conditionnée permanent dont l'extinction habituellement faite par la voie lente ne peut avoir lieu. La psychotraumatologie actuelle est basée sur le modèle neurobiologique de la peur conditionnée.

(2) Neuro-imagerie

Ces dernières années, les techniques de neuroimagerie ont joué un rôle important dans la recherche des fondements neuronaux du TSPT. On différencie la neuro-imagerie structurelle (par Scanner et IRM) et fonctionnelle (TEP-scan et IRM fonctionnelle). Cependant, une compréhension détaillée des régions neuronales impliquées dans le TSPT reste incomplète en raison de la variabilité considérable des résultats d'une étude à l'autre.

(a) Hippocampe

Les premières études de neuro-imagerie structurelle se sont intéressées à l'hippocampe du fait des phénomènes d'amnésie observés chez les patients souffrant de TSPT, mais également de son rôle dans l'extinction de la peur et dans la réponse neuroendocrinienne au stress. Il a été ainsi montré que l'augmentation des glucocorticoïdes dans le cerveau lors d'un stress, provoquait des dommages au niveau hippocampique (37). On retrouve également des études montrant une diminution de volume de l'hippocampe chez les personnes souffrant de TSPT (38). Pour autant,

des études de jumeaux ont montré que la taille de l'hippocampe était plus en lien avec le risque de développer en TSPT qu'expliquée par une neurotoxicité des glucocorticoïdes (39)(40). Il est également retrouvé des altérations du système de mémoire déclarative dépendant de l'hippocampe chez les sujets avec TSPT comparés à une population traumatisée sans TSPT (41). En imagerie fonctionnelle, il existe une diminution de l'activation de l'hippocampe lors des stimuli liés au traumatisme ne permettant pas à ce dernier de jouer son rôle inhibiteur sur l'amygdale.

(b) Amygdale

Les recherches se sont ensuite étendues à d'autres circuits comme l'amygdale, montrant des atteintes dans le TSPT (42). En imagerie structurale, on retrouve une altération du système de mémoire implicite émotionnelle impliquant l'amygdale, chez les sujets atteints de TSPT (41). Une augmentation de l'activation de l'amygdale est retrouvée, dans certaines études, chez les patients atteints de TSPT lors de stimuli liés ou non au traumatisme en lien avec la diminution de l'inhibition préfrontale des circuits de la peur (43). Tandis que d'autres études peuvent montrer une hypoactivité des régions postérieures dorsales associée à une hyperactivité des régions antérieures ventrales de l'amygdale mettant en avant un fonctionnement en sous-noyau fonctionnel de l'amygdale (44).

(c) Cortex cingulaire

Les patients atteints de TSPT qui présentent des symptômes de dépersonnalisation et de déréalisation ont une activation accrue du cortex préfrontal ventro-médial et des régions du cortex cingulaire antérieur (45), en lien avec l'inhibition des régions limbiques (46).

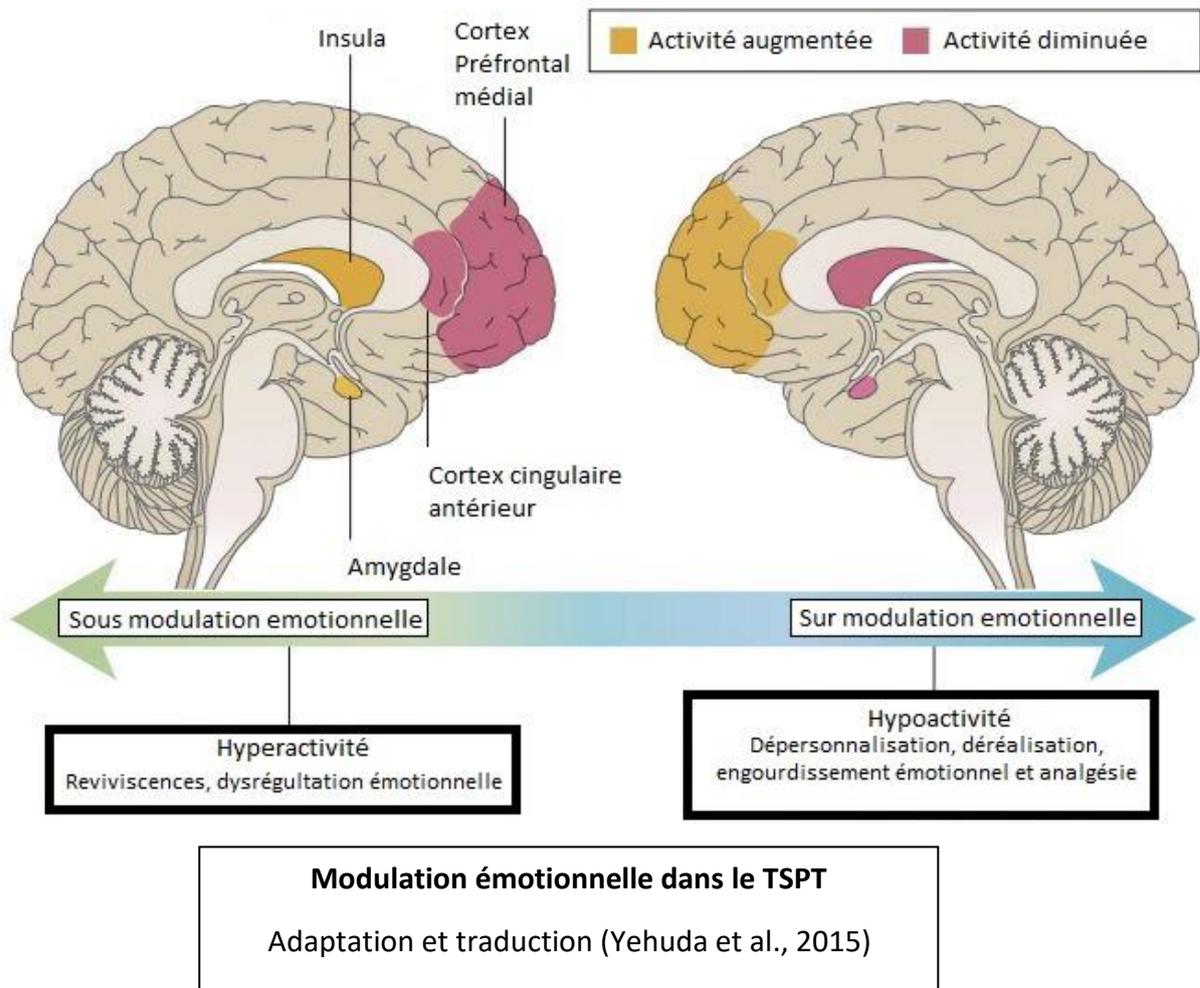
De nombreuses études montrent une diminution de l'activation du cortex ventro-médial préfrontal et du cortex cingulaire antérieur pour des stimuli liés au traumatisme ou non chez les patients souffrant de TSPT (35)(47).

Ces résultats suggèrent qu'il existe des profils distincts d'activité et de connectivité des amygdales dans différents phénotypes de TSPT et indiquent l'importance de prendre en compte la nature hétérogène de ce trouble.

Le TSPT peut être caractérisé par 2 extrêmes de dysrégulation émotionnelle :

- La sous-modulation émotionnelle impliquant une diminution de l'inhibition préfrontale des circuits impliqués dans le traitement des émotions avec une réactivité émotionnelle et autonome accrue (reviviscence, dysrégulation émotionnelle)
- La sur-modulation émotionnelle impliquant une inhibition accrue des régions limbiques entraînant un détachement émotionnel (dépersonnalisation, déréalisation, anesthésie...)

Ces modulations émotionnelles suggèrent que le TSPT est un trouble dynamique qui implique des fluctuations entre ces deux pôles. Cette complexité des symptômes cliniques semble également être représentée dans les circuits neuronaux sous-jacents au TSPT (47).



(d) Autres circuits neuronaux

Le système limbique décrit ci-dessus semble également interagir avec 3 autres structures nerveuses que sont le réseau mode par défaut, le réseau de saillance et le réseau exécutif central. Il semble que la fluctuation d'activité dans ces différents circuits explique les différents états de régulation que les patients mettent en place face aux réactions émotionnelles extrêmes (48) (49).

(3) Facteurs neuroendocriniens et neurochimiques

De nombreux facteurs sont impliqués dans le développement du TSPT et de nombreuses études ont été réalisées dans le but d'améliorer la connaissance du trouble, mais aussi les traitements possibles.

(a) Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien

À la suite d'un stress, les zones corticales et limbiques sont activées et excitent à leur tour les neurones hypothalamiques synthétisant le CRH (corticotropin-releasing factor), peptide stimulant les cellules endocrines de l'hypophyse sécrétant l'ACTH (adrenocorticotropin hormone). Celle-ci va être libérée dans le sang pour atteindre la surrénale, dont la partie corticale synthétise les corticoïdes, tels que le cortisol.

Contrairement aux prédictions initiales, on retrouve chez les patients souffrant d'un TSPT un niveau anormalement bas de cortisol et anormalement haut de catécholamine (33)(50). Les faibles taux de cortisol chez les sujets atteints d'un TSPT pourraient ainsi être expliqués par une hypersensibilité au rétrocontrôle négatif, ayant pour but de protéger le système nerveux central des effets neurotoxiques du cortisol. En faveur de cette hypothèse, on trouve une augmentation de la liaison au récepteur glucocorticoïde chez les patients avec un TSPT. Des études épigénétiques et moléculaires de la signalisation des glucocorticoïdes et de la sensibilité des récepteurs aux glucocorticoïdes ont par la suite confirmé un ensemble d'altérations de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien reflétant une sensibilité exagérée du feedback négatif dans le TSPT (51)(52).

(b) Système noradrénergique

Très tôt, les études concernant le TSPT ont mis en évidence une activation anormale du système nerveux autonome entraînant une augmentation de la fréquence cardiaque et de la conductance cutanée lors de l'exposition à des stimuli liés au traumatisme. En effet, il existe une hyperréactivité centrale noradrénergique dans le TSPT (31)(35)(33) . Il semblerait exister une

association entre les taux de catécholamine au moment du traumatisme et le risque de développer un TSPT ainsi que sa sévérité (53)(54).

(c) Glutamate

C'est le principal neurotransmetteur excitateur du système nerveux central. Il est libéré lors d'un stress. Il semblerait qu'il soit en partie responsable des dégâts cérébraux lors d'un stress chronique (55). Il semblerait également que le glutamate soit une piste de traitement pharmacologique dans le cadre du TSPT (56). Ainsi, il agit via les récepteurs NMDA (N-méthyl-D-Aspartate), le TSPT pouvant être lié à une surstimulation de ces récepteurs par le glutamate entraînant une neurotoxicité cérébrale ainsi que le renforcement des souvenirs traumatiques (57).

(d) Système GABAergique

L'acide γ -aminobutyrique (GABA) est un neurotransmetteur important dans la régulation de l'activité des neurones impliqués dans la peur et l'anxiété. Le récepteur GABA est la cible des traitements anxiolytiques tels que les benzodiazépines. Ainsi, il existerait une liaison au récepteur GABA-A plus faible chez les patients atteints de TSPT (58).

De nombreuses études sont encore à faire dans le domaine de la neurochimie du cerveau utilisant le TEP-scan. Elles sont encore limitées par le manque de traceurs pertinents.

(4) Facteurs génétiques

Les études concernant le TSPT et la génétique font suite à des études suggérant un facteur héréditaire concernant ce trouble (59). Dans ce domaine, il est important de prendre en considération un risque de confusion entre le trouble et les facteurs entraînant ce trouble c'est-à-dire le risque d'exposition à un traumatisme (60)(61). Malgré la prise en compte des effets génétiques sur le risque d'exposition, certaines études retrouvent une part héréditaire importante de vulnérabilité au TSPT (62). Ainsi les études sur les jumeaux retrouvent à la fois des facteurs environnementaux et génétiques dans la constitution d'un TSPT (63). Il existe de nombreux gènes et mécanismes génétiques étudiés à l'heure actuelle (23). Il est intéressant de noter qu'une grande partie du risque génétique associé au TSPT soit partagé avec d'autres troubles psychiatriques (anxiété, trouble panique, dépression, toxicomanie) et qu'il existe une influence mutuelle entre ces troubles (4). Plusieurs polymorphismes ont été identifiés comme

pouvant être en lien avec le développement d'un TSPT. Ces polymorphismes interviennent au niveau des différentes voies identifiées dans le TSPT : axe hypothalamo-hypophysaire (64), système noradrénergique (65) et voie sérotoninergique (66).

L'étude longitudinale de l'ensemble de ces facteurs semble primordiale afin de distinguer les effets des facteurs de risque, de l'exposition au traumatisme, des facteurs de stress et de l'âge du traumatisme sur le développement du TSPT. Il n'est pas actuellement établi, si les changements cérébraux résultent de facteurs génétiques ou de la petite enfance rendant le rétablissement difficile.

4. Prise en charge

Nous allons, dans cette partie, développer les différentes prises en charge du TSPT, à la fois préventives et curatives ainsi que médicamenteuses et psychothérapeutiques.

a) Prévention

La prévention du TSPT reste un domaine peu représenté dans les différentes études concernant ce trouble.

(1) Thérapie cognitive et comportementale

L'usage de la thérapie cognitive et comportementale (TCC) chez les patients présentant un TSA permettrait une diminution du risque de développer ultérieurement un TSPT (67).

(2) Débriefing psychologique

Le Débriefing psychologique a pour but de réduire la détresse initiale et de favoriser un meilleur comportement adaptatif à court et long terme. Cette technique consiste à retracer, articuler et retravailler l'événement traumatique rapidement après le traumatisme, le plus souvent en groupe. Malgré son utilisation actuellement systématique, les preuves de l'efficacité de cette technique font défaut (27).

(3) Pharmacothérapie

Sans pour autant avoir de preuves suffisantes pour conclure à une efficacité de prise en charge pharmacologique dans la prévention du TSPT, il semblerait que les bêta bloquants tels que le propranolol montrent des résultats intéressants dans la diminution des symptômes et de la réponse conditionnée du TSPT (68).

b) Traitement du trouble de stress post-traumatique

Selon le guide de la Haute Autorité de Santé (HAS) (ALD n° 23 - Guide médecin sur les troubles anxieux graves - Juin 2007), les objectifs de la prise en charge du TSPT sont :

- Diminuer les symptômes, les comorbidités et les incapacités après un événement traumatique.
- Réduire le niveau de détresse et prévenir les récives à long terme.
- Améliorer le fonctionnement et la qualité de vie.
- Obtenir le minimum d'effets indésirables des traitements.

Le traitement concerne le TSPT et les comorbidités souvent associées (dépression, risque de suicide, addictions, etc.).

Le soutien psychosocial est essentiel chez la plupart des patients victimes de traumatismes graves (viols, accidents, attentats, catastrophes naturelles). L'information du patient sur son trouble et sur ses droits est essentielle, et peut être facilitée par le soutien d'associations de patients ou d'aide aux victimes (assistances juridiques, psychothérapies, etc.).

(1) Psychothérapies structurées

Le traitement de choix est la TCC centrée sur le traumatisme ou la désensibilisation avec mouvements oculaires (EMDR : eye movement desensitization and reprocessing) (70). Les techniques d'hypnose peuvent être bénéfiques sur certains symptômes (douleurs, anxiété, cauchemars) (71).

Le traitement psychothérapeutique est proposé, quel que soit le délai écoulé depuis le traumatisme. Ce traitement est conduit en entretiens individuels, habituellement au nombre de 15 à 20 séances, au rythme de 1 ou 2 par semaine. En l'absence d'amélioration ou en cas d'amélioration limitée :

- Une réévaluation du diagnostic est nécessaire ;
- Un changement de thérapie ou une intensification de la thérapie associée à un traitement médicamenteux peuvent être proposés.

(a) Thérapie cognitive et comportementale centrée sur le trauma

La TCC centrée sur le psychotraumatisme la plus efficace est la thérapie par exposition prolongée très largement développée par la psychologue israélienne Edna FOA (72). Elle a proposé un

protocole comprenant 9 séances hebdomadaires (ou bihebdomadaire) de 90 minutes associées à un travail personnel à réaliser hors des séances. Cette psychothérapie s'appuie sur le modèle de conditionnement de Mowrer et sur le modèle de peur normale et pathologique de Lang (73). La thérapie expose progressivement le patient aux souvenirs et aux indices évocateurs de l'événement traumatique, en imagination et en exposition in vivo, dans le but d'en modifier le conditionnement et d'en atténuer la réponse de peur (74) (75). Il est observé une taille d'effet importante pour la TCC par exposition prolongée comparativement au groupe contrôle(76) (77).

(b) Eye movement desensitization and reprocessing

L'EMDR est une psychothérapie découverte puis développée par la psychologue Francine SHAPIRO depuis 1989. Elle est basée sur le modèle du traitement adaptatif de l'information indiquant que le souvenir d'un événement, non correctement traité, resterait bloqué dans la mémoire de l'individu et qu'il pourrait être « re-traité » afin d'en rétablir des connexions plus satisfaisantes et moins envahissantes pour l'individu. Le patient s'expose de façon imaginaire aux images lui évoquant l'événement traumatique en étant accompagné par le thérapeute avec la pratique de séries de mouvements alternatifs de façon à en diminuer progressivement la charge anxieuse, puis il remplace ses croyances négatives associées à l'événement par des croyances positives et constructives(78).

Une partie de l'efficacité de cette psychothérapie s'appuie sur la reconsolidation mnésique, à la suite d'une phase de remémoration de l'événement traumatogène. Lors de la remémoration d'un souvenir, ce dernier devient momentanément « labile » avant de se reconsolider. Cet état « labile » peut alors faire l'objet de modifications(79).

(2) Pharmacologiques

Selon la HAS, il est indiqué dans les formes chroniques durant depuis plus d'un an.

(a) Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

Les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine sont le traitement pharmacologique de première intention dans le TSPT (80). Les 2 traitements ayant actuellement l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France sont la paroxétine et la sertraline.

(b) Autres antidépresseurs

Concernant les autres antidépresseurs, on retrouve avec efficacité la venlafaxine (81). Concernant la mirtazapine, une seule étude pilote retrouve un degré d'efficacité (82). Aucun de ces 2 traitements n'a l'AMM dans cette indication en France à l'heure actuelle.

(c) Anticonvulsivants

Dans la classe des anticonvulsivants, seule la lamotrigine peut être évoquée avec une possible efficacité dans le traitement du TSPT (83). Les traitements comme la tiagabine (84) ou le topiramate (85) ne montrent pas d'efficacité à l'heure actuelle. Les autres traitements de cette classe n'ont pas bénéficié d'études contrôlées.

(d) Antipsychotiques atypiques

Un essai utilisant l'olanzapine s'est montré décevant concernant son efficacité dans le TSPT (86). Pour autant en association avec un ISRS, l'olanzapine a pu montrer un intérêt dans les prises en charge des TSPT résistants avec une efficacité sur les symptômes du TSPT et sur les troubles du sommeil (87).

Concernant la risperidone, une étude contre placebo semble encourageante concernant les symptômes du TSPT (88). Des résultats semblent également positifs en adjonction à un antidépresseur dans le cas d'un TSPT résistant (89).

(e) Bloqueurs des récepteurs alpha-adrénergiques

La dérégulation du système sympathique et les symptômes d'hyperactivité cardiaque dans le TSPT suggèrent que les antagonistes des récepteurs adrénergiques pourraient être efficaces pour traiter les patients réfractaires. Deux études rapportent une certaine efficacité de la prazosine sur les troubles du sommeil associés au TSPT (90) (91).

(f) Benzodiazépines

Aucune efficacité des benzodiazépines n'est retrouvée dans la littérature (92) malgré l'usage courant de ce traitement (93). Elles sont inefficaces pour le traitement et la prévention du TSPT, et les risques associés à leur utilisation ont tendance à l'emporter sur les avantages potentiels à court terme. Outre les effets indésirables observés dans la population générale, les benzodiazépines sont associées à des problèmes spécifiques chez les patients atteints de TSPT : aggravation de la clinique globale, augmentation significative du risque de développer un TSPT

après un traumatisme récent, diminution des résultats de psychothérapie, agressivité, dépression et toxicomanie (94).

5. Pronostic et évolution

a) Pronostic

Les facteurs de mauvais pronostic du TSPT sont la rareté du soutien social du sujet, les antécédents personnels et familiaux de trouble psychiatrique et les antécédents d'événements traumatiques notamment durant l'enfance (8). L'absence de comorbidités, de troubles antérieurs et de séquelles physiques sont des éléments de bon pronostic (95).

b) Evolution

L'évolution est variable, on retrouve des TSPT transitoires, ne durant que quelques mois (rémission complète à 3 mois dans 50%), des TSPT d'évolution fluctuante après 12 mois, avec réactivations lors de stimuli évocateurs, et enfin des TSPT chroniques. Dans un quart des cas, le TSPT persiste plus de 5 ans. La durée d'évolution semble en moyenne plus longue chez la femme(7).

Le risque suicidaire est augmenté indépendamment de la présence d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble addictif, mais renforcé significativement s'ils sont présents(7).

La gravité du tableau est liée à son retentissement sur le fonctionnement social avec le risque de désinsertion socioprofessionnelle progressive, de repli, mais aussi à la survenue de complications.

L'évolution est aussi marquée par le retentissement fonctionnel et les conséquences juridiques de l'événement. Le parcours de reconnaissance et le déroulement des procédures judiciaires ont un impact majeur sur l'évolution clinique (95)(8).

6. Historique du psychotraumatisme : L'hypnose des batailles

Les récits retraçant l'histoire du psychotraumatisme remontent loin dans l'histoire. Ainsi déjà un siècle av. J.-C., Lucrèce avait décrit dans *De Rerum Natura*, des rêves traumatiques de bataille chez des généraux. Le neurologue allemand OPPENHEIM entérine en 1888 l'hypothèse d'une psychopathologie traumatique en incriminant la commotion émotionnelle provoquée par l'accident. Il explique l'absence de corrélation entre la violence du choc physique et l'intensité

des symptômes, et décrit les différentes composantes du trouble désormais nommé "névrose traumatique".

Selon les auteurs et les époques, elle sera successivement vue comme une pathologie rattachée à la neurasthénie (J.M. CHARCOT) ou comme une pathologie autonome (S. FREUD, E. KRAEPLIN).

Le français G. MILIAN (96) distingue en 1915 une symptomatologie aiguë, dite "hypnose des batailles", des soldats hébétés qui souffrent de distorsion temporelle et d'hallucinations variées de l'assaut, ainsi qu'une symptomatologie chronique nommée "l'hystérie de guerre", potentiellement responsable d'une modification durable de la personnalité du patient par la suite.

Mais c'est suite à la guerre du Vietnam et au retour des vétérans sur le sol américain que la pathologie connaîtra un regain d'intérêt et réapparaîtra en tant que telle dans le DSM-III (1980) sous le terme d'état de stress post-traumatique.

Les psychotraumatismes sont ensuite intégrés à la pratique civile du fait de la similitude de symptômes retrouvés chez les personnes victimes de viols ou d'autres événements traumatiques.

L'évolution de la nosographie se fera ensuite vers la notion de trouble, différenciant les symptômes de survenue précoce, tel le TSA, des symptômes durables tel le TSPT (8).

Le Trouble de Stress Post-Traumatique

Définition : Survenue de symptômes spécifiques suite à l'exposition à un traumatisme à plus d'un mois d'évolution

Épidémiologie : Prévalence du TSPT sur la vie entière en population générale est de 5 à 10%.

Clinique : Association d'un syndrome de répétition, d'un syndrome d'évitement, d'une hyperactivation neurovégétative et d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur.

Diagnostic psychométrique : Clinician-Administres PTSD Scale

Développement du TSPT : Physiopathologie du stress avec réponse végétative, comportementale, endocrinienne et motivationnelle.

Prise en charge :

Préventive avec débriefing psychologique.

Curative avec TCC d'exposition et EMDR. Proposition de prise en charge en hypnose dans le cadre des comorbidités. Prise en charge médicamenteuse possible principalement par ISRS.

Pronostic et Évolution : L'évolution favorable est fonction de l'environnement, mais également des antécédents personnels et familiaux de l'individu. On retrouve des TSPT transitoires, d'évolution fluctuante ou chronique.

Historique : L'historique du psychotraumatisme et de la psychopathologie sous-jacente met en évidence de nombreux liens avec l'hypnose en particulier dans le cadre des éléments dissociatifs.

B. L'hypnose

Après avoir détaillé l'état actuel des connaissances concernant le TSPT, nous allons faire de même pour l'hypnose.

L'hypnose suscite immédiatement la curiosité de nos patients, mais également celle de nos pairs.

Dans ce chapitre, nous allons brièvement développer l'historique de l'hypnose ainsi que sa phénoménologie. Nous détaillerons ensuite l'hypnose ericksonienne, technique utilisée dans cette étude. Nous étayerons son usage par la compréhension actuelle des mécanismes neurophysiologiques sous-jacents, puis finalement nous développerons l'usage actuel de l'hypnose en France et sa sécurité.

1. Historique

Concernant l'historique de l'hypnose, nous renvoyons à la lecture des travaux de thèse de P.A. Clastot (97). Nous en reprendrons les grandes lignes ci-dessous.

a) *Le magnétisme animal*

Décrit par F.A. Mesmer au XVIIIe siècle, il s'agissait d'un fluide remplissant l'univers et traversant les hommes. Les maladies correspondaient alors à un déséquilibre de ce fluide. Mesmer prétendait pouvoir, à l'aide d'aimants dans un premier temps, puis grâce à des passes spécifiques, rééquilibrer ce fluide. La réponse habituellement attendue à ce traitement était une crise convulsive permettant aux symptômes de disparaître. Il enrichit sa technique d'un baquet, sorte de grande cuve d'eau contenant des tiges métalliques, permettant le traitement de plusieurs patients simultanément. Mesmer fut l'un des premiers à chercher une explication physique au phénomène de transe.

b) *État de transe*

Un des disciples de Mesmer, le marquis C. de Puységur est le premier à décrire le phénomène de transe. Il choisit le nom de *somnambulisme provoqué* et de *sommeil magnétique* pour décrire cet état apparent de sommeil où le sujet pouvait continuer à répondre aux questions posées. Cette description permit de faire évoluer l'hypnose, d'une crise convulsive à l'état connu actuellement.

D'autres contemporains de Puységur, comme l'abbé J.C. De Faria, réfutèrent l'existence d'un quelconque fluide magnétique insistant sur le pouvoir thérapeutique de l'hypnotiseur sur l'hypnotisé. De Faria proposa une première technique d'induction très moderne par suggestions

sensorielles. Il conclut que la guérison était due aux processus d'imagination plutôt qu'à un fluide magnétique. Ces différents points de vue à l'époque conduisent à la réalisation d'une enquête de la commission royale de Paris en 1785 qui conclura que les effets observés étaient bien ceux de l'imagination et non d'un fluide.

c) *Période de déclin*

Suite à cette commission, il existe une période de déclin jusqu'à la fin du 18^{ème} siècle. J. Braid proposa alors une nouvelle définition et nomma pour la première fois le phénomène : *hypnotisme*.

Hypnos est un dieu de la mythologie grecque incarnant le sommeil. Il est le fils de la Nuit et le frère jumeau de la Mort. Il est le père de Morphée, dieu des rêves.

Braid comme ses contemporains, pense l'hypnose comme un état de sommeil spécifique. Il note, malgré cette apparence, que les muscles restent actifs et les réflexes ostéotendineux présents. Il découvrit les vertus analgésiantes de l'hypnose (98) qui seront largement employées par le chirurgien J. Esdaile.

d) *Hypnose et psychanalyse*

Au 19^{ème} siècle, J.M. Charcot reprit les écrits de Braid et associa l'hypnose à l'hystérie. Il traita ainsi certaines conversions hystériques par suggestions post-hypnotiques. Il décrit par la suite, trois états de l'hypnose : la catalepsie, la léthargie et le somnambulisme (99).

De son côté, A.A. Liébault considérait l'hypnose comme un état propre à chacun et que la volonté du sujet était nécessaire pour l'atteindre.

Plus tard, S. Freud essaya de se servir de l'hypnose pour valider ses théories psychanalytiques et utilisa la réactivation d'expériences vécues comme une *abréaction* qui permettait la *réminiscence refoulée de l'inconscient*, permettant l'apaisement des symptômes. Il jugea par la suite cette technique trop intrusive ce qui entraîna un nouveau déclin de l'usage de l'hypnose.

En Allemagne, J.H. Schultz créa le training autogène, méthode de relaxation encore utilisée de nos jours, basée sur des techniques hypnotiques.

En France, P. Janet, figure majeure de la psychologie du 19^{ème} siècle, mit pour la première fois au cœur de l'hypnose le phénomène de dissociation.

e) Années 30

Milton H. Erickson (1901 – 1980) psychiatre américain, joua un rôle déterminant dans l'évolution des pratiques hypnotiques et dans la résurgence de l'hypnothérapie. Il mit en évidence que l'apparition de l'hypnose dépendait aussi de la qualité de la relation, et donc de la communication thérapeute - patient. Pour M. H. ERICKSON « l'inconscient est tout ce qui n'est pas conscient, c'est le dépositaire des apprentissages de la vie du patient, une instance positive et créatrice où, avec l'aide du thérapeute, le patient peut trouver de nouvelles solutions plus souples et plus adaptées que la conduite symptomatique actuelle », comme l'explique D. MICHAUX en 2007 (100). Cela vient briser, dans une époque très psychanalytique, l'image négative encore souvent répandue d'un inconscient uniquement source de souffrances ou de symptômes liés aux souvenirs refoulés.

En opposition avec les notions classiques d'emprise et de manipulation rattachées à l'hypnose, il émet l'hypothèse que l'état hypnotique permet d'accéder à ses propres ressources inconscientes afin d'engendrer les changements dont on a besoin. Le thérapeute sait que la personne possède les ressources nécessaires au changement, et il sait utiliser le langage du patient pour lui permettre d'y accéder. Erickson imagina des techniques extrêmement variées et parfois inattendues afin de contourner les résistances du patient et d'obtenir l'effet recherché.

2. Phénoménologie

a) Définition

L'hypnose recouvre 3 phénomènes distincts (101):

- L'état de transe hypnotique, qui est un état modifié de conscience.
- L'hypnotisme, qui est l'ensemble des techniques utilisées pour provoquer cet état de conscience modifiée.
- L'hypnothérapie, qui est l'utilisation de l'hypnose à visée thérapeutique.

b) Théorie

Encore aujourd'hui, deux grands courants tentent d'expliquer le fonctionnement de l'hypnose. Ainsi un courant défend l'existence d'un état de conscience spécifique de l'hypnose (dit courant étatique), et l'autre, un état socialement induit, non spécifique (dit courant non étatique) (102). Actuellement, aucun des deux courants ne l'emporte comme le montre la définition de l'Association Américaine de Psychologie en 1994 (103).

(1) Le courant non étatique ou psychosocial

Il repose sur l'idée que la conscience hypnotique n'est pas nécessaire à la réponse aux suggestions, ainsi l'hypnose n'est pas nécessaire à la production de l'effet hypnotique. Les phénomènes observés sous hypnose ne sont pas spécifiques de cet état, et se retrouvent dans la méditation, la prise de toxiques ou certains symptômes psychopathologiques. Ainsi l'hypnose ne peut être vérifiée objectivement. Ce courant se base sur l'idée que le sujet hypnotisé prétend être hypnotisé selon un comportement psychosocial induit, appelé *prise de rôle*. Il ne s'agit pas là d'un jeu de rôle dans le sens où il n'y a pas simulation, en effet le sujet s'impliquant subjectivement, mais entièrement dans son rôle.

(2) Le courant étatique

Défendu entre autres par E. Hilgard en 1965 (104) et issu de la théorie de la désagrégation de P. Janet (105), ce courant est fondé sur l'idée d'une néodissociation impliquant l'existence d'un état de conscience modifiée. Il s'agit de la partie de l'individu qui garde le contrôle alors que l'autre partie hypnotisée se laisse aller aux suggestions.

(3) Entre les courants, les processus attentionnels

O. Kihlstrom, en 1992 (106), met en avant le rôle de l'attention dans les processus de dissociation. Il décrit la mémoire procédurale comme inconsciente pour sa majeure partie. Ceci implique que l'individu n'a pas conscience des stimuli ayant influencé ses comportements et pourquoi il répond de telle manière à telle situation. Le focus attentionnel permet de sélectionner et d'intégrer ces procédés afin de les adapter aux objectifs du patient. Cette hypothèse fait écho à l'importance de la focalisation de l'attention dans les processus d'induction hypnotique pour favoriser soit la prise de conscience de mécanismes, soit la dissociation face à l'action engagée (notamment pour la douleur).

Ce focus attentionnel est discuté dans les deux courants. Il parait une piste d'exploration intéressante pour comprendre le processus hypnotique. Cette approche théorique des processus de l'hypnose amène donc à se demander en pratique, lors d'une séance, à quel moment le sujet est considéré comme en *état d'hypnose*.

c) *Clinique : Suggestibilité, susceptibilité hypnotique et hypnotisabilité*

- *La suggestibilité* définit la capacité de produire une réponse à la suggestion. Ceci de façon non volontaire et sans dépendre de l'induction hypnotique.
- *La susceptibilité hypnotique* est définie comme la prédisposition individuelle à développer l'état hypnotique.
- *L'hypnotisabilité* est l'augmentation de la suggestibilité grâce à l'hypnose.

d) *Différents courants hypnotiques*

(1) L'hypnose traditionnelle

Il s'agit d'une méthode basée sur un discours monotone et répétitif. La position du thérapeute est directive et autoritaire, le thérapeute modelant les perceptions et les émotions du patient dans le sens voulu. Les thérapeutes renforcent l'impact des suggestions par une technique d'emphase correspondant à une reformulation du type : « vous ne pourrez vous empêcher de... ». Ce type de technique très directive provoque souvent une relation conflictuelle. Dès la fin du 20^{ème} siècle, cette technique est abandonnée au profit d'une méthode plus permissive.

L'hypnose traditionnelle est une méthode répandue chez les psychiatres militaires de la Première Guerre mondiale. Les troubles étaient alors décrits comme une autosuggestion du patient, mécanisme devant être retourné à des fins thérapeutiques en hypnose afin d'obtenir une guérison et un rapide retour au front.

(2) L'hypnose ericksonienne

Du nom de Milton H. Erickson, il s'agit de techniques d'induction de l'état hypnotique, permissives et indirectes. Le but est de diminuer la tendance du sujet à s'opposer par :

- Un mode de communication adapté au patient
- Une augmentation de l'adhésion et de la participation du patient
- Une diminution de la résistance

Il met également en avant un fonctionnement plus équilibré dans la relation patient-soignant. Pour cela, la position magique et autoritaire est laissée de côté et permet l'utilisation de propositions plus permissives ainsi que la recherche et l'utilisation des ressources du patient. Le thérapeute accompagne ainsi le patient à prendre conscience des ressources qui sont en lui. Ces techniques permettent de diminuer la résistance au changement.

3. Hypnose ericksonienne

a) *Les différentes phases de l'hypnose ericksonienne*

(1) Induction

Il s'agit de la première étape dans le cadre d'une hypnose formelle. Le but de l'induction est de focaliser l'attention du sujet (107), cela peut être sur un point devant lui, une sensation corporelle ou toute autre source attentionnelle. On diminue pour cela progressivement le champ attentionnel du sujet.

(2) Dissociation

La dissociation se définit par une activité mentale consciente et une activité mentale inconsciente ayant lieu de façon simultanée. C'est un phénomène assez courant et non spécifique à l'hypnose. Il s'agit d'un fonctionnement cognitif autonomisé, ainsi certaines pensées, sensations, informations sont mises en avant et d'autres au second plan de façon temporaire. En hypnose, plus une transe est profonde, plus elle permet la dissociation (108).

(3) Transe

Lorsque le sujet est en transe, l'observateur peut noter un état de concentration avec une diminution de la réactivité aux stimuli extérieurs. Le corps est détendu, et généralement s'accompagne d'une diminution de la fréquence respiratoire et cardiaque ainsi que de la tension artérielle. Le réflexe de déglutition est plus espacé, les mouvements volontaires sont inhibés. Ces éléments ressemblent à un état de sommeil, mais à l'inverse de celui-ci, les réflexes ostéotendineux sont présents (109).

Pour le sujet, l'expérience corporelle peut s'apparenter à une sensation de flottement ou de lourdeur et de légèreté paradoxalement associées. Au niveau de l'activité mentale, les personnes rapportent avoir l'impression d'être complètement présent à l'expérience tout en étant ailleurs lors de l'état de transe hypnotique (110).

On retrouve différents niveaux de transe (111) :

- *La transe légère* : ralentissement des fréquences cardiaques et respiratoires, diminution de la tension artérielle, pas d'inhibition des mouvements volontaires (le sujet peut encore cligner des yeux, faire des mouvements légers, se réinstaller sur sa chaise quand la position devient inconfortable).

- *La transe moyenne* : réponses concrètes aux suggestions et des mouvements oculaires rapides habituellement observés dans la phase de sommeil ; rythmes respiratoires et cardiaques s'adaptent aux thèmes abordés (situation de calme ou de stress).
- *La transe profonde* : mouvements ralentis, difficulté à parler sans stimulation, relâchement.

On retrouve quelques paramètres constants, quelle que soit la forme de transe (110) :

- *L'attention sélective* : processus de sélection d'un stimulus spécifique excluant les autres stimuli.
- *L'état dissocié* : capacité d'avoir un fonctionnement inconscient plus autonome parallèlement au fonctionnement conscient.
- *La réactivité accrue aux stimuli* : augmentation de la capacité à répondre aux suggestions, aussi appelée acceptation.
- *L'interprétation littérale* : le sujet ne perçoit plus la métaphore, le sens caché, second des mots. La négation n'est pas perçue dans le discours.
- *La logique particulière* : elle diffère de la logique objective, car elle n'a pas de scepticisme réaliste. Cela permet d'imaginer des scénarios non réels et non réalisables.
- *Les conduites de type « as if »* : capacité à avoir une attitude mimétique, à faire « comme si » les propositions et suggestions étaient réelles.
- *La léthargie ou l'activité rythmée* : état particulier du corps caractérisé par un fonctionnement involontaire.

(4) Fin de la séance

Lorsque la fin de la séance approche, le thérapeute prêtera toute son attention à diminuer progressivement le phénomène de dissociation et à permettre au sujet de reprendre pleinement conscience de la temporalité et de la spatialité actuelle. Il agit à l'inverse de l'induction en rélargissant le champ d'attention du sujet.

b) *Techniques hypnotiques*

(1) Suggestion

La suggestion est un des mécanismes princeps de l'hypnose. Le but de la suggestion est d'influencer l'interlocuteur dans ses émotions, sa pensée ou son comportement aussi bien en hypnose que dans des techniques plus traditionnelles de communication. Elle peut passer par la

communication verbale, mais aussi non verbale ou paraverbale. Il est important de souligner que la maîtrise de la suggestion n'a d'intérêt que dans le cadre d'une alliance thérapeutique de confiance, comme pour toute psychothérapie.

Voici quelques exemples de suggestions :

- *La suggestion directe* : C'est la plus souvent utilisée dans l'hypnose traditionnelle. Elle consiste à diriger clairement le sujet.
- *La suggestion post-hypnotique* : elle consiste à programmer pendant la transe du sujet un comportement qui se déroulera par la suite. Par exemple : « et vous pourrez retourner dans cet endroit aussi bien pour le plaisir que la nécessité ».
- *La ratification* : Il s'agit d'un mot ou d'une action qui valide le comportement de la personne. Elle peut être assimilée à une suggestion directe dans le sens où elle renforce le comportement que la personne est en train d'avoir, suggérant qu'il s'agit du comportement attendu. Elles peuvent prendre la forme d'un compliment, « c'est bien », d'un grognement, d'un hochement de tête...
- *L'ancrage* : Un ancrage est un lien de causalité entre un stimulus et un phénomène dans un contexte donné. Ainsi, on peut associer un geste à un ressenti émotionnel.
- *La suggestion indirecte* : Elle est au cœur de l'hypnose ericksonienne. Elle est plus permissive que la suggestion directe, reposant parfois sur des paradoxes. Parmi les suggestions indirectes, notons :
 - **L'allusion** : Elle favorise des associations psychiques. Par exemple, proposer au sujet de penser aux vagues de la mer qui vont et viennent lentement pour permettre une respiration régulière.
 - **Le questionnement** : « Je me demande à quel moment vous vous sentirez complètement détendu ». Il permet de donner l'illusion de contrôler le moment du changement sans en négocier le but (se détendre) évitant ainsi les résistances du sujet à se laisser porter par les suggestions du thérapeute.
 - **La prescription paradoxale** : Elle consiste à conseiller un comportement négatif pour permettre le contraire. Par exemple, « surtout ne faites rien, ne vous concentrez pas sur ma voix ».

- **La séquence d'acceptation** : Elle enchaîne une série de propositions vraies et non discutables jusqu'à une proposition plus discutable que l'individu va accepter par mise en confiance et automatisme.
- **La suggestion métaphorique** : elle utilise les images, les contes, les métaphores pour changer le regard sur une situation.

(2) Recadrage

Le recadrage permet une approche différente des symptômes du patient. Grâce au recadrage : « *l'oubli peut devenir amnésie, l'imagination peut devenir hallucination, le souvenir peut devenir régression en âge et la rêverie peut devenir hypnose* » (111).

L'hypnose contient les éléments universels des psychothérapies telles que la prise en compte des demandes dites et non dites du patient, les dimensions éthiques et l'aspect symétrique-asymétrique de l'interaction thérapeutique. Elle utilise la transe comme levier spécifique du changement. Le sujet expérimente alors ses capacités à voir différemment, à trouver d'autres explications, d'autres ressources. Cet apprentissage pourra se généraliser par la suite, grâce au recadrage et aux suggestions, donnant à la transe la vertu d'une expérience correctrice (112).

4. Hypnose et neuroscience

Il est important de prendre en compte le contexte de réalisation des différentes études en neuroscience concernant l'hypnose. En effet, l'hypnose expérimentale est parfois assez éloignée de l'hypnose médicale. Le choix des patients inclus se fait ainsi parmi des patients hautement hypnotisables.

a) *Électroencéphalogramme*

L'électroencéphalogramme (EEG) est une méthode d'exploration cérébrale qui mesure l'activité électrique du cerveau par des électrodes placées sur le cuir chevelu. L'EEG est un examen indolore et non invasif qui renseigne sur l'activité neurophysiologique du cerveau au cours du temps et en particulier du cortex cérébral soit dans un but diagnostique, soit dans la recherche. En EEG, l'hypnose est visible comme un état de sommeil modifié avec une augmentation des ondes lentes thêta. Ce phénomène se voit également dans les états de méditation profonde et dans le sommeil paradoxal comme dans les rêves, sans pour autant être l'équivalent d'un état de sommeil. Il existe également des modifications des ondes gamma qui ralentissent, cette modification serait en lien avec une augmentation de la perception (113)(114).

b) Imagerie cérébrale

L'IRM fonctionnelle est une méthode d'exploration cérébrale permettant de mesurer, de façon indirecte, le niveau d'activité des zones cérébrales. Elle consiste à enregistrer le débit sanguin, reflétant l'activité cérébrale.

Le Pet Scan est un examen d'imagerie cérébrale reposant sur l'injection d'un traceur glucosé faiblement radioactif, permettant de visualiser les zones cérébrales fortement consommatrices de sucre. Cette consommation reflète l'activité cérébrale de la zone.

Les 2 techniques décrites ci-dessus ont été employées dans différentes études et ont permis la mise en évidence d'états particuliers associés à l'hypnose.

L'agentivité est la conscience d'être nous-mêmes l'auteur de nos actions. Or en hypnose, il existe souvent l'impression que les choses se font par elles-mêmes, d'une manière plus passive et distante. Il existe un sentiment de perte d'agentivité. Deux structures cérébrales semblent être au cœur de ce mécanisme : le cortex cingulaire antérieur (ACC) entrant en jeu dans l'aspect cognitif et le cortex dorsolatéral préfrontal (DLPFC) entrant en jeu dans l'aspect exécutif. L'hypothèse est qu'en hypnose, ces 2 structures cérébrales soient dissociées. Cette théorie

JAUNE	BLEU	ORANGE
NOIR	ROUGE	VERT
VIOLET	JAUNE	ROUGE
ORANGE	VERT	NOIR
BLEU	ROUGE	VIOLET
VERT	BLEU	ORANGE

Épreuve de Stroop

semble pertinente devant l'étude d'Egner en IRM fonctionnelle. Les participants ont eu à réaliser une épreuve de Stroop (épreuve provoquant un conflit cognitif où le but est de donner la couleur de l'encre et non pas le sens du mot qui est lu faisant apparaître une latence de réponse) sans et avec induction hypnotique. Il apparaît alors une modification d'activité du ACC chez les sujets hautement hypnotisables et une perte de connectivité entre les 2 régions cibles, ACC et DLPFC (115).

Dans l'étude de Blakemore, les sujets sont installés dans le PET scan avec un bras accroché à un mécanisme de poulie. Il existe 3 conditions dans cette étude. Dans la 1ère condition, le sujet lève lui-même son bras sans action de la poulie. Dans la 2ème condition, le sujet est informé que son bras va être levé par la poulie et enfin dans la 3ème condition, de manière hypnotique, il était suggéré que la poulie allait être activée sans qu'elle le soit en réalité. Il se produisait alors

un mouvement de catalepsie du bras qui s'élevait. Au niveau du PET scan, dans les conditions 1 et 3, il existe une activation du cortex prémoteur et sensorimoteur permettant la production d'un mouvement. Dans la condition 2, il existe une activation du cortex pariétal et du cervelet montrant un ajustement à un mouvement passif. Ces 2 zones sont également actives en condition 3, mettant en évidence un mouvement actif vécu comme passif allant dans le sens de la perte d'agentivité. (116)

Chez les sujets hautement hypnotisables (117) (118), il existe également, de façon structurelle, une augmentation du volume du corps calleux antérieur, interprété par certains auteurs comme une augmentation des liens entre les hémisphères cérébraux notamment frontaux (119). Toujours chez les sujets hautement hypnotisables, de manière fonctionnelle sans état hypnotique, il existe une augmentation des liens entre le DLPFC et le ACC (120). Cette liaison semble fortement diminuée lors de l'induction hypnotique avec suggestion (121).

L'induction hypnotique amène à l'éloignement des préoccupations du quotidien en focalisant l'attention sur les propositions faites dans le présent avec pour objectif de favoriser la réponse aux suggestions associées (122) (123).

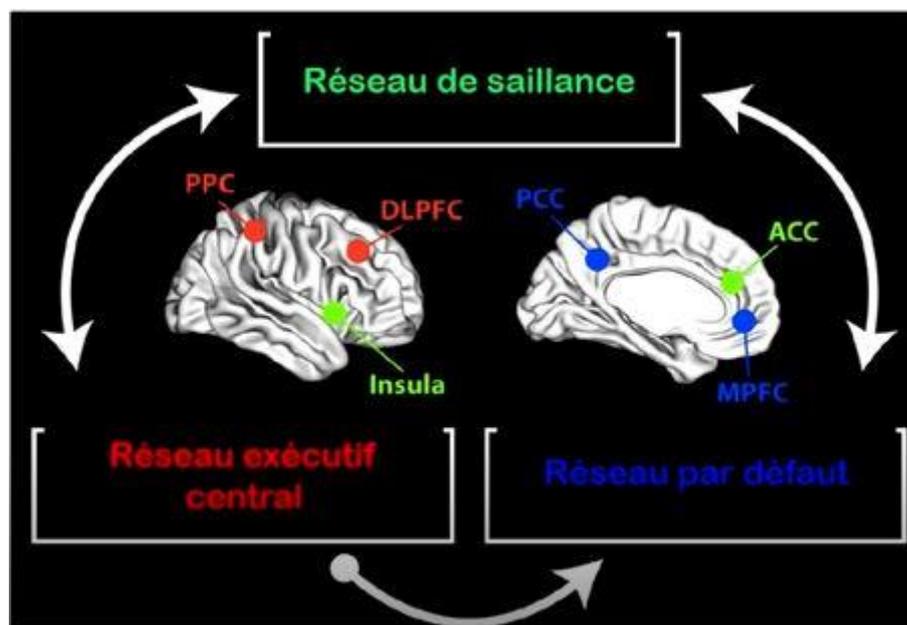


Image du Dr Amaury MENGIN, 17^{ème} congrès de l'Encéphale (2019)

Au niveau cérébral, il existe 3 réseaux principaux à évoquer dans ce phénomène,

- **Le réseau de saillance** (contenant le cortex cingulaire antérieur (ACC) et l'insula)
- **Le réseau exécutif central** (contenant le cortex dorsolatéral préfrontal (DLPFC) et une partie du cortex pariétal postérieur (PPC))

- **Le réseau par défaut** (contenant une partie du cortex pariétal postérieur (PCC) et le cortex préfrontal médial MPFC))

On remarque en hypnose une augmentation de l'activité du réseau exécutif central montrant l'augmentation de la focalisation sur les instructions données (124)(125).

Concernant le réseau de saillance, on remarque en hypnose une augmentation de l'activité permettant de sélectionner les sources d'informations extérieures ainsi qu'une augmentation des connexions avec le réseau exécutif central via l'insula qui a pu être interprétée par certains auteurs comme une augmentation de la gestion émotionnelle en hypnose (125)(126).

Concernant le réseau par défaut, il existe une diminution de son activité. Ce réseau est habituellement associé à la notion de vagabondage des pensées mettant en avant l'état de focalisation en état d'hypnose. Il est également associé au sentiment de soi et à la notion d'agentivité. La diminution de son activité va donc également dans le sens de la perte d'agentivité en hypnose (127)(128)(129).

Les suggestions hypnotiques sont des représentations communicables visant à modifier les cognitions, les émotions, les perceptions et les processus idéomoteurs (130). Dans l'étude en PET scan de Rainville en 1997 s'intéressant à une suggestion visant à modifier la désagréabilité ressentie par des sujets dont la main avait été plongée soit dans une eau tempérée soit dans une eau chaude provoquant une légère douleur, on remarque l'augmentation de l'activation du cortex cingulaire antérieur (siège émotionnel de la douleur) lors de la suggestion d'augmentation de la désagréabilité et sa diminution lors de l'inverse. L'activation du cortex somatosensoriel, siège de la composante discriminative de la douleur, reste inchangée (131).

Dans l'étude de Raz en 2005, en IRM fonctionnelle, utilisant de nouveau une tâche de Stroop, les auteurs ont suggéré que les mots soient très flous, permettant de nommer la couleur de l'encre sans être gêné par le mot écrit. C'est habituellement le cortex cingulaire antérieur (ACC) qui est activé lors de la gestion des conflits cognitifs. Lors de la suggestion, l'activité de l'ACC est largement abaissée montrant la diminution du conflit cognitif. De leur côté, l'activation des aires visuelles est largement abaissée suggérant une forme de cécité corticale lors de la suggestion. Au niveau comportemental, lors de la suggestion par rapport au témoin, le temps de latence de réaction est fortement diminué (132).

Les suggestions hypnotiques semblent mettre à disposition des sujets hautement hypnotisables, les moyens cognitifs pour mettre en œuvre des stratégies cognitives efficaces (133).

5. Pratique de l'hypnose en France

a) *Statut de l'hypnose*

Il n'existe pas de cadre légal précis encadrant la pratique de l'hypnose en France. Actuellement, les formations disponibles ne sont pas reconnues par l'ordre des médecins. Il n'est donc pas autorisé de mentionner ces pratiques sur les ordonnances ou les plaques par exemple. Du côté de l'assurance maladie, il n'existe pas de prise en charge de séances d'hypnose malgré l'existence d'un code au niveau de la classification des actes médicaux libellé « Séance d'hypnose à visée antalgique », mais cet acte n'est associé à aucun remboursement. Si l'hypnothérapie est pratiquée par un médecin conventionné au sein de sa consultation, celle-ci reste prise en charge. Il existe maintenant quelques complémentaires santé proposant des remboursements partiels ou forfaitaires des séances d'hypnose (134).

b) *Formations*

Au niveau des formations, il existe une disparité importante avec des formations universitaires (diplômes universitaires, inter universitaires et d'études supérieures universitaires) ainsi que des formations en milieu associatif et privé. La durée de la formation peut aller de quelques jours à plusieurs années. L'ouverture de ces formations est également disparate avec parfois une ouverture à tout public et d'autres réservées à des professionnels médicaux ou paramédicaux. Il est ainsi primordial de distinguer les organismes de formation en fonction de ces différents paramètres. Ainsi, la société européenne d'hypnose et la société internationale d'hypnose militent pour la pratique réservée aux professionnels de santé. C'est également le cas des organismes membres de la Confédération francophone d'hypnose et de thérapies brèves. Cette dernière se donne également comme mission d'harmoniser les programmes de formation et de développer des travaux de recherche scientifique et clinique (134).

c) *Démographie*

L'état des lieux de la pratique en France datant de 2016 retrouve la pratique de l'hypnose dans le cadre de l'hypnoalgésie dans 100% des Centres Hospitaliers Universitaires, 66% dans le cadre de l'hypnosédation et 40% en hypnothérapie avec majoritairement des indications pour troubles anxieux (91,7%), TSPT (66,7%), troubles de l'humeur (25%) (135).

L'institut français d'hypnose a recensé en 2013 la répartition en fonction de leur profession, les personnes formées par leurs soins. Au niveau des professionnels de santé exerçant l'hypnose, on retrouve majoritairement des psychologues cliniciens (34%), puis des infirmiers (25%), suivi par des médecins généralistes ou spécialistes autres que psychiatres (22%), et seulement 10% de psychiatres.

Il est difficile de recenser l'ensemble des praticiens en hypnose du fait des différentes formations. Malgré cela, il semble que l'intérêt soit croissant avec près de 3000 professionnels de santé francophones formés par la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves.

6. Éthique et sécurité

a) Selon les chartes éthiques ou déontologiques spécifiques

Du fait de l'absence de cadre législatif clair, des codes déontologiques et éthiques sont de plus en plus proposés par les différents instituts de formation montrant une volonté de progrès dans ce domaine.

b) Sécurité et controverses

La revue de la littérature effectuée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale lors de son rapport sur l'évaluation de l'efficacité de l'hypnose en 2015 n'a pas permis de mettre en évidence d'effets secondaires graves ou fréquents en hypnose. Les différentes données concernant la sécurité de l'hypnose sont rassurantes (134).

Concernant les risques de faux souvenirs ou de manipulation mentale, une revue des faits de justice en lien avec l'hypnose semble également rassurante (136). Il existe par contre un enjeu au niveau éthico-judiciaire expliquant le développement et l'importance de chartes éthiques. Il serait important d'assurer également un cadre légal clair afin de limiter ces risques qui restent cependant très faibles si la pratique de l'hypnose est faite par un professionnel de santé déjà formé et qualifié par ailleurs.

Il n'est pas non plus retrouvé de risque de retard de prise en charge par des pratiques plus conventionnelles. Ceci est également dû à une pratique intégrative de l'hypnose ericksonienne par les professionnels de santé correctement formés (137).

L'hypnose

Historique : Depuis le magnétisme animal et Mesmer, l'étude de l'état de transe a énormément évolué au cours des derniers siècles. C'est grâce à Erickson et sa pratique beaucoup plus actuelle que l'hypnose se développe encore de nos jours.

Définition actuelle : c'est une thérapie brève basée sur les émotions et les ressources internes du patient. C'est un état de détente et de focalisation de l'attention permettant une augmentation de la suggestibilité.

Hypnose ericksonienne : Elle se décompose en plusieurs phases avec l'induction, le phénomène de dissociation et l'état de transe puis la fin de la séance. Les techniques hypnotiques sont basées sur la suggestion et le recadrage.

Neuroscience : Depuis l'avènement des techniques d'imagerie, de plus en plus d'études se font. Pour autant, il n'existe pas à ce jour d'imagerie spécifique de l'hypnose.

Pratique en France : Son utilisation est répandue en France aussi bien en CHU, qu'en libéral. Le dernier rapport de l'INSERM encourage la poursuite des études concernant l'hypnose en insistant sur des recherches qualitatives permettant une meilleure compréhension des phénomènes hypnotiques et des mécanismes sous-jacents.

Éthique : L'usage réservé à des personnels médicaux ou paramédicaux permet d'assurer une pratique éthique et déontologique.

Sécurité : Il s'agit d'une pratique sûre, comportant peu de risques et aucun effet secondaire retrouvé.

Après avoir développé dans ce chapitre la définition de l'hypnose, ses aspects plus techniques et les mécanismes neurophysiologiques sous-jacents, nous allons nous intéresser dans la dernière partie de la revue de la littérature aux spécificités de l'hypnose dans la prise en charge du TSPT. Nous allons développer le phénomène dissociatif, qui depuis l'introduction est au cœur de ce travail.

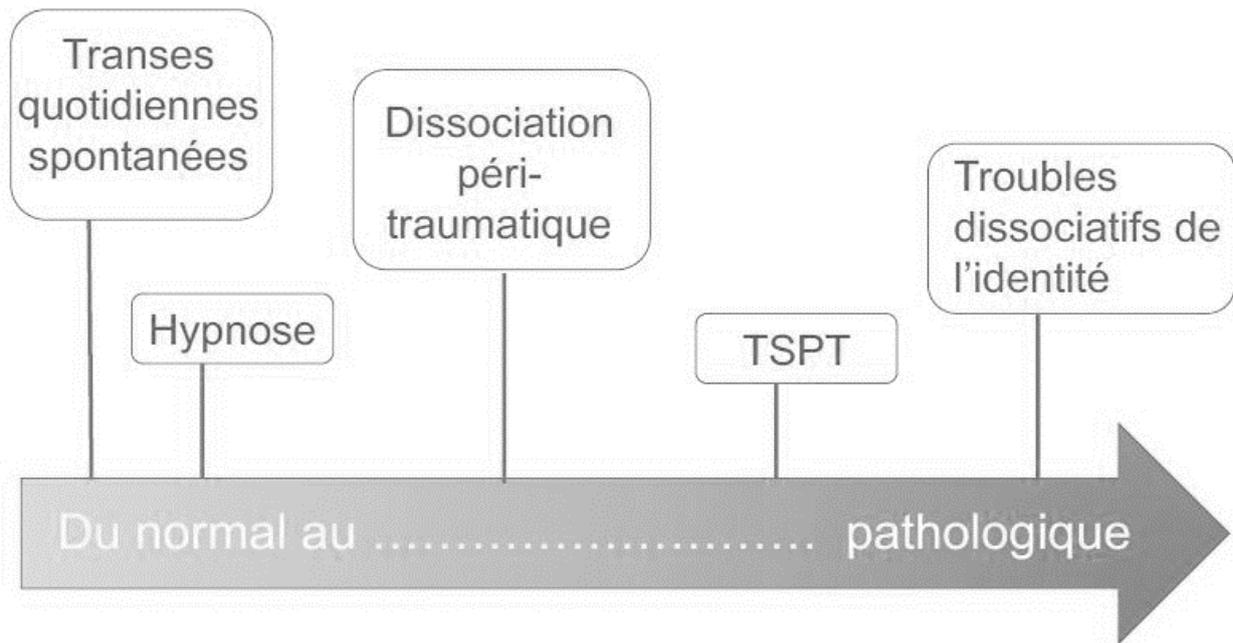
C. La dissociation, le mal dans le Trouble de Stress Post-Traumatique, le remède dans l'hypnose

Concernant les phénomènes de dissociation en hypnose, nous renvoyons à la lecture des travaux de thèse de Marion Fareng (138) . Nous en reprendrons les grandes lignes ci-dessous.

Afin d'éclairer l'intérêt de l'hypnose dans le traitement des TSPT, il est nécessaire de clarifier la notion de dissociation partagée entre l'état traumatique et l'état hypnotique. Il est important de noter que différents concepts de dissociation coexistent, il est primordial de les définir avant d'aller plus loin.

On retrouve en effet, le terme de dissociation pour traduire le terme de *Spaltung*, en allemand, utilisé pour désigner les phénomènes de désorganisation psychique dans le syndrome psychotique.

Le terme de dissociation utilisé dans ce travail décrit les degrés variés d'un même processus psychologique amenant à un état de conscience modifiée. Il s'agit d'un continuum. Ce processus varie en fonction du niveau de contrôle possible du phénomène et de l'interférence avec le fonctionnement normal du sujet (139).



(140)

1. Dissociation non pathologique

Un premier type de dissociation correspond aux capacités naturelles d'absorption dont disposent les sujets, c'est-à-dire une altération de l'état de conscience. C'est ce savoir-faire qui est utilisé lors de l'hypnose de façon contrôlée et thérapeutique. Cette dissociation « normale » recouvre également la possibilité de s'adapter, de se protéger d'une situation perçue comme menaçante en se coupant de ses sensations douloureuses.

a) *Les trances quotidiennes spontanées*

Les trances quotidiennes spontanées reflètent la capacité de dissociation du sujet. Ce sont des états de consciences variés permettant de s'adapter à des rôles et des situations diverses. Cet état de transe quotidienne spontanée est plus ou moins durable. Cette aptitude innée, naturelle, impliquant des comportements réflexes et automatiques reflète la capacité à s'intérioriser par le recours à l'imaginaire, l'esprit s'affranchissant des contraintes du réel.

b) *La dissociation comme thérapie : l'hypnose*

La dissociation en hypnose recoupe différents phénomènes : transe hypnotique, suggestion hypnotique, absorption et conscience réduite. La dissociation doit être un phénomène stable et durer dans le temps pour permettre l'hypnose. Il existe différents niveaux de dissociation en hypnose pouvant aller jusqu'à la séparation corps/conscience dans le cadre de l'analgésie induite

en hypnose, symptômes/corps dans l'anxiété ou encore représentation/affect lors du contrôle émotionnel induit dans les souvenirs traumatiques par exemple (141). L'hypnose est donc considérée comme étant la capacité à se dissocier de façon structurée, et à utiliser cette aptitude pour faire perdurer ses apprentissages de la vie courante et de ses expériences, de façon dirigée.

c) *La dissociation adaptative*

Dans la vie quotidienne, les individus traversent différents états de conscience permettant de s'adapter à des situations ou des rôles variés, traduisant leurs ressources et leurs limites. Il s'agit d'un processus dynamique de dissociation/association permettant de compartimenter des expériences distinctes de vie. À un certain degré, mais tout en partageant une fonction adaptative et dans ce cas, défensive, certains auteurs conceptualisent la dissociation péritraumatique comme une réponse adaptative à un événement stressant, voire traumatique. La dissociation provoque une compartimentalisation des expériences traumatiques et donc réduit leur impact : stratégie adaptative qui peut tout de même conduire à un TSPT. L'événement traumatique agit donc comme un agent hypnotique, ainsi lors d'un événement traumatique, les victimes sont submergées par des informations. La dissociation devient inadaptée lorsqu'elle perdure au-delà du traumatisme et devient non fonctionnelle.

2. Dissociation pathologique

Comme nous venons de le voir, un état dissociatif est souvent normal, mais peut devenir pathologique. La dissociation liée à un événement traumatique, si elle se prolonge dans la vie courante en dehors de nouvelles expériences traumatiques, permet à l'individu de se déconnecter de ses affects, et ainsi éviter l'émergence de souvenirs traumatiques (142). Néanmoins, malgré cet aspect protecteur, la dissociation est également à l'origine de nombreux symptômes du TSPT (143).

a) *Dissociation péritraumatique*

Lorsque cette aptitude défensive perdure au-delà d'un danger, de façon rigide et non fonctionnelle pour le sujet, c'est le signe d'une dissociation pathologique induisant des symptômes traumatiques. La dissociation péritraumatique est marquée par une amnésie partielle ou totale de l'événement, par un émoussement ou au contraire une hyperréactivité émotionnelle ainsi qu'un détachement vis-à-vis de l'environnement.

La dissociation péritraumatique représente une des cibles thérapeutiques principales dans la prise en charge d'un TSPT. En effet, le syndrome de répétition ainsi que la présence de symptômes dissociatifs persistants sont en lien avec l'apparition d'un TSPT et sa chronicisation.

b) Autohypnose négative

Il s'agit d'un phénomène spontané regroupant un jugement non critique, une imagerie négative ainsi que des croyances négatives sur soi, les autres et l'environnement, fonctionnant comme de véritables suggestions post-hypnotiques induisant des processus négatifs.

c) Troubles dissociatifs de la personnalité

En continuant jusqu'à l'extrémité du continuum, nous parvenons au troisième type de dissociation : les troubles dissociatifs de la personnalité. Il s'agit d'états dissociatifs plus sévères, chroniques et complexes. Le sujet est alors composé de plusieurs identités qui prennent l'ascendant sur les réponses comportementales en fonction des moments, de la perception de l'environnement et de leur manière de s'adapter.

3. Similitudes entre état dissociatif traumatique et état hypnotique

L'état dissociatif traumatique et l'état dissociatif hypnotique ont en commun un mécanisme dissociatif qui provoque une altération de la perception et des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience, du contrôle des mouvements corporels et de l'identité (144)(145)(146). Cet état de conscience modifiée peut fluctuer en intensité et en durée. On retrouve cet état dissociatif lors d'une transe hypnotique et également lors d'un événement traumatique (dissociation péritraumatique) ou à différents moments lors d'une expérience chargée émotionnellement, associée au traumatisme.

Les principales caractéristiques de l'événement traumatique, telles que la surprise, la peur, la saturation sensorielle, la confusion induite par une sidération de la pensée, permettent de considérer cet événement comme induction hypnotique et l'effet du traumatisme comme agent hypnotique (focalisation de l'attention) (146)(143).

Selon Kédia (147), le TSPT et la dissociation partagent de nombreux critères communs : les souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ; les impressions ou agissements

soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire ; l'incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme ; le sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ; et la restriction des affects.

De nombreuses études ont mis en évidence un lien entre TSPT et hypnotisabilité (148)(149)(150). La haute hypnotisabilité des sujets présentant un TSPT, montrant une capacité à se dissocier, est le signe d'un évitement protecteur du souvenir traumatique (151). La dissociation peut être considérée comme un évitement cognitif dans la mesure où elle installe une distance avec l'expérience traumatique. La tendance à se dissocier peut se généraliser à des situations stressantes liées affectivement ou thématiquement aux conditions qui ont provoqué les premières réactions dissociatives. La dissociation deviendrait un mode de fonctionnement inadapté.

4. Intérêt de l'hypnose ericksonienne dans le Trouble de Stress Post-Traumatique

a) Adjonction de l'hypnose à une thérapie

L'hypnose est un outil s'intégrant facilement aux différentes thérapies et permettant de potentialiser leur efficacité comme avec l'EMDR (152) ou la TCC (153). Ainsi, chez 70 à 90% des patients, on retrouve une meilleure efficacité de la prise en charge en TCC avec l'adjonction de l'hypnose (154). L'hypnose permet d'utiliser une des techniques étant reconnue comme essentielle dans la prise en charge du traumatisme qui est l'exposition sans être restreint par des contraintes temporelles, spatiales ou financières. Il est également possible de travailler sur les différentes émotions associées en permettant un meilleur contrôle de ces dernières durant l'exposition. Il existe enfin une bonne adhérence des patients aux techniques hypnotiques.

b) Haut potentiel d'hypnotisabilité

Dans le cadre des patients souffrant de TSPT, les capacités dissociatives qu'ils ont en font de bons candidats à une prise en charge en hypnose et pourraient permettre une meilleure efficacité. Comme nous l'avons vu plus haut, l'hypnotisabilité est la capacité à expérimenter la dissociation de façon structurée comme c'est le cas en état hypnotique. Selon Yard en 2008 (155), la présence et l'intensité d'un TSPT prédisent une haute hypnotisabilité. Il semblerait qu'une plus grande efficacité thérapeutique soit retrouvée chez les personnes ayant un haut niveau d'hypnotisabilité. Cependant, le lien hypnotisabilité/efficacité thérapeutique ne semble pas aussi

direct. Il existe ainsi un grand nombre de variables de confusion comme les attentes, le contexte, la motivation, la compréhension d'une suggestion, la relation thérapeutique, les capacités imaginatives... Par ailleurs, le simple fait de nommer la technique « hypnose » peut influencer les effets des suggestions négativement ou positivement en fonction de l'idée que chacun se fait de l'hypnose.

Enfin, un grand nombre d'études montre une corrélation positive entre hypnotisabilité et efficacité thérapeutique selon la pathologie, ainsi les sujets souffrant d'un TSPT seraient concernés par cette corrélation positive (156). Néanmoins, certaines études n'indiquent aucune différence significative en fonction du type d'hypnotisabilité, ce qui pose la question de la validité des tests d'évaluation de l'hypnotisabilité, et de l'objet réel d'évaluation (157). Ces tests n'évaluent-ils pas la suggestibilité plutôt que l'hypnotisabilité ? Il est important de distinguer l'hypnotisabilité de la suggestibilité, ce qui paraît compliqué puisque l'évaluation de la réponse hypnotique se fait en fonction des réponses aux suggestions émises. Par ailleurs, la profondeur de l'hypnose n'est pas claire et nécessiterait de faire l'objet de recherches et de trancher avec la présence d'un état en tout ou rien (158). La relation entre « réponse aux tests » et « effet thérapeutique » fluctue et bien que les sujets obtenant de meilleurs scores aux tests bénéficieraient plus de la thérapie, les sujets évalués comme étant moins suggestibles peuvent aussi profiter des effets thérapeutiques.

c) Prise en charge spécifique du traumatisme

La psychiatrie classique ne permet habituellement pas de traiter l'éventail des symptômes traumatiques, mais se concentre souvent sur des symptômes non spécifiques (anxiété, troubles du sommeil, dépression...). Il est pourtant reconnu comme primordial dans la prise en charge d'un patient, une approche holistique. L'objectif de la prise en charge en hypnose est l'intégration du traumatisme permettant un retour à une unité ayant un sens pour le patient et lui permettant à son tour, la reprise du cours de sa vie. L'hypnose a pour but une meilleure maîtrise des souvenirs traumatiques afin d'éviter les retraumatisations répétées lors des retours non contrôlés du trauma comme dans les flashbacks, les cauchemars... Pour cela, l'hypnose est reconnue comme efficace sur la dissociation (155), les symptômes de reviviscence et le stress (159), mais également les troubles du sommeil (160). Il existe également un meilleur maintien des progrès thérapeutiques et un renforcement de l'alliance thérapeutique lorsque l'hypnose est employée (161).

L'hypnose permet un apprentissage de la dissociation amenant à une meilleure structuration et donc contrôle. L'état dissociatif des patients peut être recadré et utilisé à des fins thérapeutiques en leur apprenant la gestion des phénomènes anxieux auxquels ils sont confrontés (162) (163).

(1) Accès au traumatisme

L'expérience traumatique ne se situe pas toujours dans la parole, et certains patients vivent cette expérience par les perceptions, les sensations. L'hypnose, qui est une approche psychocorporelle, permet de dialoguer avec le « langage du corps » et d'exploiter les mêmes chemins que ceux empruntés par le trauma, ouvrant ainsi une porte d'accès au matériel traumatique (164) (165).

Certaines études ont montré que l'aire de Broca, centre de la parole, présente des altérations lors des rappels de l'événement traumatique, et une thérapie classique, où l'intellect et le langage verbal sont nécessaires, s'en trouve impactée négativement (166) (167). Lorsque les sujets, ayant vécu un traumatisme, tentent d'en parler, ce sont des images qui surgissent en premier lieu, et le cortex visuel est suractivé. Des émotions les submergent et des sensations corporelles se rajoutent au réalisme de la reviviscence, ce qui les empêche de garder cette distance protectrice à travers la communication verbale. L'empreinte du traumatisme étant avant tout sensorielle, un travail thérapeutique réalisé seulement avec la parole ne semble pas le plus adapté : « la réadaptation au réel ne se fera qu'à partir d'un travail sur l'imaginaire et sur la représentation en association avec les sensations » (168).

Une fois l'accès au matériel traumatique obtenu via la dissociation, l'objectif initial de la prise en charge en hypnose ericksonienne est le rétablissement d'un sentiment de sécurité.

(2) Rétablissement d'un sentiment de sécurité et de contrôle

La première étape thérapeutique est l'établissement d'une alliance thérapeutique, permettant un renforcement du sentiment de sécurité et de contrôle qui à leur tour rendent possible une gestion émotionnelle. Ces objectifs se poursuivent tout au long de la thérapie.

L'hypnose en tant que communication singulière favorise l'échange et la compréhension du sujet et de son monde intérieur, d'autant plus, avec des patients traumatisés présentant des difficultés à verbaliser. Les reviviscences maintiennent le sujet dans un sentiment d'impuissance et de perte de contrôle. Le premier travail est donc de cibler les ressources qui ont manqué lors de

l'événement, comme un besoin de maîtrise, de sécurité, de force ou de « savoir qu'on allait survivre » (169).

Après avoir identifié ces ressources, l'utilisation d'expériences antérieures positives mettant en avant ces forces peut être utilisée et associée via des techniques d'ancrage hypnotique (170) (171).

Un des objectifs de traitement est, en effet, de réactiver les processus adaptatifs en passant d'un état passif à un état actif en regagnant un sentiment de contrôle sur sa vie, ses émotions, et en restaurant le sentiment de confiance à l'égard d'autrui et en ses capacités à faire face. Les patients sont encouragés à développer ce sentiment de compétence, de confiance en eux et de contrôle, avant de passer à l'étape exploratoire du traumatisme.

Les sujets qui ont vécu un traumatisme rendent compte d'une dysrégulation émotionnelle importante qui participe au sentiment de perte de contrôle renforçant donc le sentiment d'impuissance éprouvé initialement. La dissociation majore le vécu des états émotionnels puisque le sujet présente des difficultés dans la gestion émotionnelle qui engendre des symptômes d'hyperactivité neurovégétative. Un stress banal peut se transformer en violence, une tristesse en impression de désespoir, une anxiété peut déboucher sur une crise de panique, etc. L'apprentissage d'un lieu sûr, notamment en cas d'anxiété, est une technique participant à la modulation des émotions, qui vise à réduire l'hyperstimulation à travers une expérience agréable éprouvée. Le patient imagine sous hypnose un souvenir ou une activité agréable avec le sentiment de se retrouver à nouveau dans ce lieu tout en s'appuyant sur la respiration pour recréer une unité. Petot souligne que l'hypnose permet une détente plus importante que celle induite par les différentes méthodes de relaxation (161). Selon Diseth & Christie, il est important d'apprendre aux sujets à utiliser la dissociation comme une capacité à gérer les émotions et les événements traumatiques (165).

L'hypnose est utilisée pour réintroduire une « base de sécurité » (Bowlby) permettant d'explorer un stimulus inquiétant. Le réexamen d'un point de vue distancié en permet une lecture différente. Certains auteurs soulignent l'intérêt de se dissocier en devenant spectateur d'une scène dans laquelle le sujet se voit, en utilisant ses capacités naturelles (164) (172). Ils font le rapprochement avec les moments dissociatifs spontanés comme lorsqu'on est devant un film et qu'on suit automatiquement les actions sans y associer d'affects. Ainsi la dissociation permet de mettre en place une stratégie thérapeutique de reprise de contrôle. L'hypnose conduit le patient

à vivre un vécu différent, à modifier sa représentation et sa perception de l'événement, étant donné que c'est le vécu de chacun qui fait qu'un événement est traumatique ou non. Le sujet projette sur un écran la scène traumatique en séparant les souvenirs de la souffrance. Il peut titrer le film et l'archiver afin de vérifier et faire en sorte que l'événement existe en dehors de lui, pour qu'il en soit en quelque sorte « délivré » sans pour autant en être dessaisi. L'hypnose permet de diviser le problème du patient et de traiter chaque aspect sans forcément les connecter, en dissociant l'intellect et l'émotion (173).

Le fait de s'exposer au trauma tout en ayant le sentiment d'être calme et de pouvoir maîtriser, induit des suggestions positives de sentiment de contrôle qui influencent les croyances dysfonctionnelles et diminuent l'anxiété qui maintenait auparavant les évitements de l'événement (174)(153). Ces auteurs précisent que c'est également l'occasion pour le sujet de réévaluer de façon plus juste l'événement et ses réactions. Recadrer et restructurer la perception que les sujets ont d'eux-mêmes passe par le changement de leur image en tant que victime, en leur faisant revivre tout ce qu'ils ont pu mettre en place dans cette situation (crier, fuir, frapper...) et en tenant compte des émotions paralysantes et de tous les éléments de la situation qui ont peut-être été passés outre. Le but de la thérapie n'est pas tant de résoudre le trauma que de regagner de la stabilité sur ses réactions et son comportement et de s'approprier l'événement en donnant un sens. Le sujet apprend de nouvelles stratégies de contrôle pour regagner un sentiment de maîtrise (175).

(3) Utilisation thérapeutique de la dissociation

À la suite d'un traumatisme, lorsque la dissociation devient désorganisatrice il est opportun de travailler pour « assouplir » ce mécanisme qui s'est enrayé. Le but de l'hypnothérapie à visée reconstructive est de donner la possibilité au patient de créer une intégration, un sentiment d'unité là où il y a eu fragmentation, dissociation des éléments traumatiques (176) (177). Erickson utilisait de façon privilégiée la dissociation comme outil thérapeutique, notamment dans les cas de traumatismes. Il proposait au sujet de prendre une position d'observateur extérieur et de se regarder. L'hypnose est un moyen paradoxal de se réassocier à travers des canaux visuels, plutôt que de rééprouver de manière sensorielle l'expérience traumatique, sans risque de retraumatisation ou de dysrégulation émotionnelle (178).

(4) Reprogrammation du souvenir traumatique

L'objectif est de permettre au patient de sortir de cette séquence fataliste en intégrant un espoir, une possibilité que ça puisse se passer autrement, en lui montrant d'autres options, qui ne l'enferment pas dans un schéma morbide et rigide. Inviter le sujet à changer de scénario : il peut écrire plusieurs scénarii différents jusqu'à ce que ses sensations s'atténuent, indiquant qu'il a trouvé des solutions satisfaisantes (179). Finir l'action qui a été interrompue, ou modifier l'événement traumatique permet une « défocalisation » du traumatisme, un recadrage et concourt à rendre moins dramatique l'événement. On permet au patient d'aborder ses expériences sous différents angles et donc de modifier ses perceptions habituelles. On note également les recherches sur l'effet Zeigarnik, concluant que les tâches inachevées sont mieux rappelées que les tâches achevées, car elles restent actives dans la mémoire : elles sont donc plus sujettes aux ruminations ou aux pensées contrefactuelles.

L'objectif est de réinscrire le traumatisme dans le cours de la vie en permettant de transformer la réalité pathologique (le syndrome de répétition) en un souvenir qui aura sa place dans le passé. L'hypnose offre la possibilité d'exposer le patient à la situation traumatique en toute sécurité. Ce changement au niveau du vécu à travers une restructuration du souvenir induit une modification du sens de l'événement nécessaire face aux perturbations engendrées. Une préoccupation concernant les valeurs fondamentales humaines, les principes et le sens de la vie est habituellement présente. Une réflexion est alors essentielle et peut s'avérer aussi bien douloureuse et perturbante qu'enrichissante.

Puis lors d'une étape ultérieure, l'utilisation de certaines techniques peut faciliter la projection dans l'avenir. Une technique hypnotique utilisée dans ce dessein peut s'avérer utile : il s'agit pour le patient de répondre à la question suivante sous hypnose « Comment serez-vous quand la thérapie sera finie une fois que vous irez mieux ? ». L'image claire et détaillée du but rend possible le changement, qui est présenté de façon certaine. Rendre un espoir au sujet à travers l'idée que c'est possible, lui permettre de se projeter positivement dans le futur et éventuellement créer une métaphore pour qu'il puisse tracer son chemin vers la guérison est important dans le contexte post-traumatique où les sujets ont pour la plupart perdu espoir. Dolan souligne l'utilité pour le sujet en fin de thérapie de consolider ses apprentissages et de pouvoir se projeter dans l'avenir pour participer à la concrétisation et l'anticipation sereine des événements de sa vie future par des techniques de progression en âge par exemple (180).

d) Prise en charge des comorbidités

Le TSPT est un trouble reconnu pour être associé de nombreuses comorbidités. La HAS en 2007 recommande les techniques hypnotiques dans le traitement des comorbidités traumatiques (cauchemars, anxiété). Nous allons étudier certaines d'entre elles afin de mieux percevoir l'apport de l'hypnose dans le cas des comorbidités traumatiques.

(1) Troubles anxieux

Des études ont mis en évidence l'efficacité de l'hypnothérapie dans le domaine de l'anxiété (181) (182), des troubles paniques (183), du stress chronique (184) et des phobies (185), ensemble de troubles qui vont de pair avec le TSPT.

Les sujets anxieux manifestent une absorption accrue dans leurs pensées négatives. Certaines techniques d'autohypnose où le sujet apprend à maîtriser son anxiété avec l'ancrage d'un lieu sûr, et à se défocaliser de la situation anxiogène en détournant son attention sur d'autres aspects ou perceptions, sont souvent bénéfiques, tout comme les expositions sous hypnose qui permettent de gagner du temps et de recréer le réalisme de la situation in vivo. Nolan indique que l'hypnose permet de modifier une image anxiogène dans un contexte sécurisant. Le sujet peut faire face à ses peurs en les anticipant et en s'y exposant à l'aide de techniques de projection dans l'avenir (et en les gérant en hypnose) grâce à des ancrages physiques de détente, de contrôle, ce qui renforce son sentiment de compétence et de confiance en soi (183).

(2) Revictimisation

Le besoin de s'anesthésier émotionnellement ressenti par les victimes est un cercle vicieux : le sujet est amené à des conduites à risque pour se soulager d'une douleur morale intense qui le coupe de la réalité. Il risque ainsi de retomber à nouveau dans des situations dangereuses puisque le sujet qui se dissocie d'une expérience trop douloureuse ne peut pas l'intégrer et donc en apprendre quelque chose et risque ainsi de s'y confronter sans cesse. L'absence de conscience du lien entre l'événement originel et la remise en acte est un facteur-clé dans cette répétition. Les anciennes victimes éprouvent donc des difficultés à réagir de manière adaptée et se défendre, ce qui peut conduire à la revictimisation et les comportements à risque ou autodestructeurs constituent dorénavant un des items du critère E (hyperactivité neurovégétative) du DSM-5.

(3) Troubles addictifs

Les dépendances (drogues, alcool, médicaments, nourriture, sexualité...) permettent elles aussi de soulager rapidement un état émotionnel douloureux. Lopez, en 2012, décrit une boucle du trouble dissociatif et des conduites paradoxales où une anesthésie émotionnelle dissociative engendrerait des passages à l'acte, tout en majorant une basse estime de soi, ce qui conduirait à des conduites à risque et à des comportements addictifs provoquant à leur tour une anesthésie émotionnelle (186).

(4) Troubles dépressifs

Certains critères diagnostiques concernant la dépression se retrouvent dans le tableau du TSPT, de même que les antidépresseurs ont une action sur les symptômes de TSPT.

De plus en plus d'études soulignent l'efficacité de l'hypnose dans le traitement de la dépression (187). L'hypnose serait notamment un moyen d'augmenter la modulation de l'attention, l'imagination, la motivation, la pensée globale et d'avoir un impact sur les ruminations (188). Cette approche serait utilisée pour catalyser l'apprentissage par l'expérience et encourager l'activation comportementale chez la personne déprimée en modifiant les schémas cognitifs pouvant faire obstacle à cette activation. Néanmoins, les altérations cognitives présentes dans les cas de dépression sévères, tels que les troubles de la concentration et de l'attention, pourraient entraver le processus de focalisation nécessaire à l'induction hypnotique (189).

(5) Trouble de la personnalité borderline

Ce trouble représente la comorbidité la plus fréquemment associée au TSPT. Nombreux sont les sujets présentant un trouble développemental de la personnalité qui souffrent de passages à l'acte autoagressif. Rosenthal et son équipe rapportent que les sujets qui s'automutilent ne ressentent pas de douleur. Ils seraient dans des états dissociatifs lors de ces moments d'autoagressivité (190). Certains patients souffrent d'une douleur morale si intense qu'ils iraient, comme nous l'avons déjà indiqué, jusqu'à se mettre dans des situations à risque, de violence pour à nouveau recréer cet état de dissociation anesthésiant et ne plus rien ressentir. Cela peut également représenter un moyen de contrôle afin de pouvoir entrer ou sortir de tel ou tel état de conscience. La vue d'une blessure ou une douleur induit un changement dans le champ de la conscience. L'épisode de dépersonnalisation peut permettre dans d'autres cas, au contraire, de réintégrer la conscience, de se sentir à nouveau vivant, avec des sensations corporelles qui signifient que le sujet souffre, mais qu'au moins il est vivant et ressent quelque chose. Cela est

souvent le cas pour les patients dissociés, ayant l'impression de ne pas être là, ou les sujets borderlines qui ont un sentiment de vide.

(6) Troubles sexuels

La survenue des flashbacks dans les moments intimes est à repérer pour instaurer une technique de gestion des reviviscences, comme l'ancrage dans le présent, les différences perçues entre la situation d'abus et la situation actuelle. Le repérage d'expériences positives sexuelles (en précisant l'environnement, les vêtements, l'état psychologique du patient...) peut être réutilisé et renforcé au cours de séances d'hypnose. D'autres techniques ont montré leur efficacité pour des troubles sexuels spécifiques tels que le vaginisme ou la perte de désir (191) (192) (193).

(7) Troubles du sommeil

Les sujets souffrant d'un TSPT présentent dans la plupart des cas des troubles du sommeil importants : cauchemars, réveils nocturnes, terreurs nocturnes, difficultés d'endormissement de peur de faire des cauchemars ou de perdre le contrôle de leur environnement extérieur perçu comme dangereux.

Des études ont montré l'intérêt et l'efficacité de l'hypnose dans les troubles du sommeil (160) (194). L'hypnose offre la possibilité de gérer l'anxiété rapidement, de diminuer la tension physique, d'avoir un effet sur les cauchemars en réduisant leur fréquence et leur intensité à l'aide de suggestions post-hypnotiques pour y faire face en changeant le scénario (195).

La dissociation

Définition : La dissociation se définit par une activité mentale consciente et une activité mentale inconsciente ayant lieu de façon simultanée. C'est un phénomène assez courant et non spécifique à l'hypnose. Il s'agit d'un fonctionnement cognitif autonomisé, ainsi certaines pensées, sensations, informations sont mises en avant et d'autres au second plan de façon temporaire.

Dissociation pathologique et non pathologique : Un premier type de dissociation correspond aux capacités naturelles d'absorption dont disposent les sujets, c'est-à-dire une altération de l'état de conscience. C'est ce savoir-faire qui est utilisé lors de l'hypnose de façon contrôlée et thérapeutique. Cette dissociation « normale » recouvre également la possibilité de s'adapter, de se protéger d'une situation perçue comme menaçante en se coupant de ses sensations douloureuses.

Similitudes entre état dissociatif traumatique et état hypnotique : L'état dissociatif traumatique et l'état dissociatif hypnotique ont en commun un mécanisme dissociatif qui provoque une altération de la perception et des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience, du contrôle des mouvements corporels et de l'identité.

Intérêt de l'hypnose dans le TSPT :

L'hypnose est un outil s'intégrant facilement aux différentes thérapies et permettant de potentialiser leur efficacité comme avec l'EMDR (156) ou la TCC (157).

La présence et l'intensité d'un TSPT prédisent une haute hypnotisabilité, et il existe une corrélation positive entre hypnotisabilité et efficacité thérapeutique.

Intérêt sur le traumatisme lui-même et sur ses différentes comorbidités.

III. Matériels et méthodes

Le TSPT est un trouble relativement fréquent et de plus en plus mis en avant dans les médias. Ce trouble a la particularité d'interrompre ou de largement impacter les trajectoires de vie de nombreux patients. Les recommandations actuelles du TSPT évoquent la possibilité d'utiliser l'hypnose dans le cadre des comorbidités sans en détailler les usages. Devant l'intérêt croissant des patients, mais également des thérapeutes concernant l'usage de l'hypnose dans ce type de trouble, il semble essentiel d'approfondir nos connaissances. C'est dans ce but que j'ai développé une étude observationnelle sur l'utilisation de l'hypnose dans le TSPT. Cette étude s'est déroulée au sein de la clinique de l'anxiété, à Uzès, permettant le recueil de données de patients souffrant de TSPT et ayant une prise en charge en hypnose ericksonienne afin de mieux comprendre l'impact de ce type de prise en charge sur le traumatisme en lui-même, et ses comorbidités.

A. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est l'observation de l'évolution des symptômes du TSPT dans le cadre de prise en charge en hypnose ericksonienne ainsi que l'évaluation de la tolérance et de l'innocuité de ce type de prise en charge.

L'objectif secondaire est l'observation de l'évolution des comorbidités psychiatriques fréquemment associées au TSPT : dépression, anxiété, troubles du sommeil, qualité de vie, expérience dissociative.

Notre hypothèse principale est que la prise en charge en hypnose ericksonienne diminue l'intensité du TSPT pour les patients qui en bénéficient.

Notre hypothèse secondaire est qu'elle permet également d'agir sur les comorbidités associées au TSPT.

B. Méthodologie

1. Lieu de réalisation de l'étude

L'étude a été réalisée au sein de la clinique de l'anxiété (IACCA) du CHS du Mas Careiron à Uzès. Il s'agit d'une unité spécialisée dans la prise en charge des troubles anxieux par des techniques psychothérapeutiques et non médicamenteuses. L'ensemble des intervenants était formé aux Thérapies Cognitives et Comportementales et la majorité était également formée en hypnose

ericksonienne. Les entretiens ont été réalisés au sein de cette unité par différents professionnels médicaux et paramédicaux.

2. Description de la population

a) Taille de l'échantillon

L'effectif de notre étude a été le résultat du recrutement qu'il a été possible d'effectuer sur la durée des inclusions d'un maximum de patient débutant un suivi sur la clinique de l'anxiété pour un TSPT.

b) Recrutement

Les patients, adressés à la structure par des médecins généralistes ou des psychiatres, ont été recrutés par l'ensemble des intervenants formés en hypnose ericksonienne au sein de la clinique de l'anxiété, d'octobre 2017 à octobre 2018.

Lors de la consultation initiale, il est habituel au sein de cette unité formée à la TCC de remettre au patient un certain nombre de questionnaires permettant de diagnostiquer et d'évaluer l'intensité des troubles. Chaque intervenant poursuivait alors la prise en charge comme il le souhaitait.

L'ensemble des questionnaires était par la suite anonymisé. J'ai ensuite réalisé le traitement de ces données. Au total, 5 intervenants ont recruté des participants pour cette étude. Les intervenants comprenaient 2 infirmiers, 2 psychiatres et un interne. Tous les intervenants étaient formés à l'hypnose ericksonienne.

c) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions étaient :

- Hommes ou femmes âgés de plus de 18 ans.
- Consentement éclairé recueilli après information orale sur l'intérêt de l'étude.
- Remplissant les critères diagnostiques du DSM-5 du TSPT.

Les critères d'exclusion étaient :

- Sujets psychotiques ou présentant une insuffisance intellectuelle ne leur permettant pas de répondre aux questionnaires,
- Sujets pour lesquels il existe une suspicion de démence (troubles cognitifs),

- Sujets dont on peut penser que le suivi sera difficile ou impossible (sans domicile fixe, personnalités psychopathiques...)
- Sujets privés de liberté par décision judiciaire ou administrative,
- Sujets majeurs protégés par la loi (curatelle, tutelle),
- Pathologies psychiatriques décompensées (par exemple : idées suicidaires)

Les critères de sortie d'étude étaient :

- Sujets perdus de vue,
- Sujets décédés,
- Sujets ayant retiré leur consentement.

d) Cadre légal

Cette recherche a été conduite dans le respect de la réglementation française en vigueur, notamment des dispositions relatives à la recherche biomédicale du Code de la Santé publique. Au sein de la clinique de l'anxiété, il est habituel de prendre en charge des patients en hypnose ericksonienne dans le cadre d'un TSPT, ainsi que de recueillir de nombreuses données par des questionnaires, habitude inspirée des pratiques TCC, chaque thérapeute réalisant les évaluations et le suivi de ses patients.

Les recherches ayant une finalité d'intérêt public de recherche, d'étude ou d'évaluation dans le domaine de la santé conduites exclusivement à partir de l'exploitation de données déjà recueillies sont exclues des recherches impliquant la personne humaine. Nous étions donc face à une étude observationnelle en soins courants. Dans le cadre des études en soins courants, le consentement écrit n'était pas obligatoire, il est en revanche nécessaire de pouvoir faire la preuve de la « non opposition du patient ». Chaque patient avait connaissance de son droit d'opposition par simple refus de participation. Cette étude en soins courants n'a entraîné aucune modification des traitements ou prises en charge reçus par les patients.

e) Événements indésirables

Il n'y avait pas d'effets indésirables prévisibles dans cette étude.

3. Recueil des données

L'ensemble des données a été recueilli dans un cahier d'observation rendu anonyme, propre à chaque patient. Un fichier Excel a permis de saisir les données rendues anonymes. Ce dernier

étant indépendant des autres fichiers de recueil des données. Chaque thérapeute a procédé au recueil des données concernant ses patients, soit 5 thérapeutes différents.

À l'inclusion, soit T0, les données suivantes étaient recueillies :

Données sociodémographiques : âge, sexe, lieu de vie, niveau d'éducation, statut marital, statut professionnel.

Données cliniques : Antécédents personnels somatiques et psychiatriques, antécédents familiaux, type de traumatisme, date du traumatisme, traitement médicamenteux et psychothérapeutiques

Autoquestionnaires : PCL-S, STAI-A, BDI, PSQI, DES, CTQ, WHOQOL BREF

Hétéroquestionnaires : CAPS, MINI, SCID2

À 6 mois, soit T1, les données suivantes étaient recueillies :

Données sociodémographiques : lieu de vie, niveau d'éducation, statut marital, statut professionnel.

Données cliniques : Antécédents personnels somatiques et psychiatriques, antécédents familiaux, type de traumatisme, date du traumatisme, traitement médicamenteux et psychothérapeutiques

Autoquestionnaires : PCL-S, STAI-A, BDI, PSQI, DES, CTQ, WHOQOL BREF

Hétéroquestionnaires : CAPS, MINI

a) *Données qualitatives*

(1) Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques concernant les patients ont été recueillies par les thérapeutes telles que le sexe, la date de naissance, le lieu de vie, le statut marital, le niveau d'éducation, le statut professionnel.

(2) Autres données qualitatives

Un recueil du nombre de séances d'hypnose réalisées a été effectué ainsi que le recueil des autres possibilités de prise en charge au sein de la structure (TCC en individuel ou en groupe, EMDR).

Un recueil des antécédents personnels psychiatriques et somatiques, des antécédents familiaux, du type de traumatisme et sa date, des traitements médicamenteux et psychothérapeutiques a également été réalisé.

b) Données quantitatives

Les autoquestionnaires (PCL-S, BDI, STAI-A, DES, PSQI-A, WHOQOL BREF, CTQ) remis par le thérapeute à la fin du premier entretien ont été remplis avant le début de la prise en charge (T0). Les mêmes questionnaires ont été remis après 6 mois de suivi (T1). Lors du premier entretien (T0), le thérapeute a réalisé l'hétéroévaluation (MINI, SCID2 et CAPS) qui a été renouvelée après 6 mois de suivi (T1). En cas d'arrêt du suivi, quelle qu'en soit la raison, les patients ont été relancés par téléphone à trois reprises.

(1) Évaluations psychométriques

Les différentes évaluations ont été réalisées via des questionnaires donnés en pratique courante au sein de cette unité lors de l'entretien réalisé initialement par chaque thérapeute.

(a) Hétéroquestionnaires

(i) MINI : Mini-entretien Neuropsychiatrique International

Le « Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) » (196) est un entretien diagnostique structuré. Le MINI est utilisé pour diagnostiquer les principaux troubles psychiatriques. Ce questionnaire permet de déterminer une prévalence actuelle et/ou vie entière des différents troubles explorés. Il n'existe pas d'évaluation de la sévérité des symptômes ni de leur retentissement fonctionnel.

(ii) CAPS: Clinical-Administred Post traumatic stress disorder Scale DSM

La CAPS est la référence utilisée aussi bien en recherche que pour le diagnostic du TSPT en clinique. Il s'agit d'un hétéroquestionnaire basé sur un entretien structuré, composé de 30 items, permettant de poser un diagnostic de TSPT et de mesurer la sévérité des symptômes définis dans le DSM-IV selon l'intensité et la fréquence sur le mois passé (10) (11). La limite de 45 a été choisie dans cette étude comme seuil diagnostique de TSPT (12). Une diminution de 50% du score initial à l'évaluation T1 a été qualifiée de bon répondeur.

(iii) *SCID II Borderline: Structured Clinical Interview*

Le SCID-II permet d'identifier les différents troubles de la personnalité sur l'axe II, dont le trouble de la personnalité Borderline (197). Les échelles de personnalité du SCID-II sont assez stables avec le temps. Celles-ci sont peu influencées par l'humeur dépressive et concordent avec les informations que donne le participant (198).

(a) Autoquestionnaires

(i) *PCL-S: PTSD Checklist – Specific*

Il s'agit d'un autoquestionnaire évaluant la sévérité du TSPT sur le dernier mois. Il est utile pour l'évaluation des patients et la surveillance de l'efficacité d'un traitement. Il est composé de 17 items représentant les critères diagnostiques du DSM-IV en fonction de l'intensité de la symptomatologie. Des versions différentes ont été développées pour les populations civiles et militaires. Il existe un seuil qui permet de poser le diagnostic de TSPT, fixé le plus souvent à 44 sur 85. (13) (14)

(ii) *DES II : Dissociative Experience Scale II*

L'échelle d'expérience dissociative (199) est un autoquestionnaire développé dans un but clinique, afin d'identifier les individus présentant une pathologie dissociative (ou des troubles incluant une composante importante de dissociation, tel que le TSPT), et dans un but axé sur la recherche, afin de fournir une façon de quantifier les expériences dissociatives. Le DES-II comporte 28 items. L'échelle s'étend de 0 à 100 par tranches de 10. La moyenne des 28 items est ensuite calculée. Ce questionnaire ne vise pas l'établissement d'un diagnostic. Les scores au DES ne reflètent pas nécessairement le niveau de pathologie puisque certains items font référence à des formes non pathologiques de dissociation, telles les rêveries.

(iii) *STAI-A : State-État Inventory A*

Le « State Trait Inventory Anxiety » est très utilisé tant dans la pratique que dans la recherche clinique. L'échelle STAI-A permet une évaluation de l'anxiété en tant qu'état émotionnel lié à une situation particulière (sentiment d'appréhension, de tension, de nervosité, et d'inquiétude) que le patient ressent à un moment précis. Cet autoquestionnaire comprend 20 propositions, pour évaluer ce que les sujets ressentent sur le moment. (200) (201)

<i>Niveau d'anxiété</i>
<i><35: très faible</i>
<i>36 à 45: faible</i>
<i>46 à 55: moyen</i>
<i>56 à 65: élevé</i>
<i>>65: très élevé</i>

(iv) *BDI : Echelle de Beck*

La version abrégée de l'inventaire de la dépression de Beck est une mesure destinée à permettre aux médecins et aux chercheurs d'effectuer une évaluation rapide de la dépression. Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 intensités croissantes d'un symptôme : de 0 à 3. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 questions. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. (202)

<i>0 à 3: pas de dépression</i> <i>4 à 7: dépression légère</i> <i>8 à 15: dépression modérée</i> <i>>16: dépression sévère</i>

(v) *PSQI-A: Pittsburgh Sleep Quality Index Addendum*

Ce questionnaire est utilisé en clinique et en recherche et est disponible en français. Ce questionnaire évalue la qualité du sommeil sur le mois précédent. Le PSQI-A, spécifique de l'évaluation dans le cadre d'un TSPT à de bonnes caractéristiques psychométriques avec un seuil à 4. Il a une bonne spécificité et sensibilité ainsi qu'une bonne valeur prédictive positive. (203) (204)

(vi) *CTQ : Childhood Trauma Questionnaire*

L'évaluation des abus dans l'enfance a été réalisée par la passation de la «Childhood Trauma Questionnaire» (205). Il s'agit d'un questionnaire qui comprend 28 items dans la version courte, avec une échelle en cinq choix de réponse (de 1 = « jamais vrai » à 5 = « très souvent vrai »). Ce questionnaire a été validé en français (206).

Il s'agit d'un autoquestionnaire rétrospectif permettant d'évaluer 5 formes de maltraitance :

<i>Maltraitance dans l'enfance:</i> <i>Abus émotionnel > 13</i> <i>Abus physique > 10</i> <i>Abus sexuel > 8</i> <i>Négligence émotionnelle > 15</i> <i>Négligence physique > 10</i>
--

l'abus physique, l'abus sexuel, l'abus émotionnel, la négligence émotionnelle et la négligence physique. Les limites ont été fixées pour chaque sous-type d'abus en 4 niveaux de maltraitance : aucune, faible, modéré, sévère. La sensibilité et la spécificité de différentes limites ont été

prouvées. Seuls les scores modérés et sévères sont considérés comme positifs pour la maltraitance dans l'enfance.

(vii) *WHOQOL-BREF: World Health Organization
Quality of Life*

Le WHOQOL-BREF est un questionnaire s'intéressant à la qualité de vie. Il comprend 26 questions et 2 items généralistes du Health-Related Quality of Life (HRQoL) concernant la satisfaction en général de la personne concernant sa vie et sa santé. Les réponses de chaque item sont cotées de 1 à 5, additionnées et transformées sur une échelle de 0 (très mauvais) à 100 (très bonne) correspondant au HRQoL. (207)

Ces 24 items se répartissent selon les 4 domaines suivants :

- la santé physique (7 items) : douleur-gêne, sommeil-repos, fatigue-énergie, mobilité, activités-travail et dépendance aux traitements.
- la santé mentale (6 items) : émotions positives, pensées, apprentissage, mémoire et concentration, estime de soi, image corporelle, émotions négatives, spiritualité et croyances personnelles.
- les relations sociales (3 items) : relations personnelles, soutien social et activité sexuelle.
- l'environnement (8 items) : liberté, sécurité, environnement du domicile, ressources financières et médico-sociales, accessibilité et qualité des soins, accès aux informations, aux activités de loisirs, logement et transport.

Le calcul pour chaque domaine se fait à l'aide d'une grille de calcul élaborée par l'équipe de création du WHOQOL-BREF, avec obtention d'un score transformé de 4 à 20. Étant donné que chaque domaine possède un nombre d'items différent, dans les études utilisant le BREF, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard.

Une variation de 5 points sur 100 pour les 4 domaines et de 1 point sur 5 pour l'évaluation globale de la qualité de vie et de la santé générale sont considérées comme une modification du score.

4. Analyses statistiques

Concernant les variables qualitatives, une description de l'échantillon a été réalisée.

Concernant les variables quantitatives, le test des rangs signés de Wilcoxon a été utilisé. Nos données sont constituées de variables quantitatives recueillies sur un groupe apparié (avant/après) de faible taille ($n < 30$). Il s'agit d'un test bilatéral permettant la comparaison de 2 échantillons appariés par rapport à une variable quantitative. Ce test s'intéresse à un paramètre

de position : la médiane, le but étant de tester s'il existe un changement sur la médiane avant et après la prise en charge. Une comparaison entre 2 temps (T0 = avant prise en charge et T1= à 6 mois de prise en charge) a été réalisée. Il a été conclu qu'il existait une différence significative entre les 2 échantillons, si le risque alpha est inférieur à 5% (ou $p < 0,05$). Les résultats qui représentent une tendance sans atteindre le seuil de significativité ont un risque alpha inférieur à 10% ($p < 0,1$).

Les données ont été analysées grâce au site « BiostatTGV » après anonymisation des résultats.

Les données manquantes ont été exclues pour les analyses des différentes échelles.

Méthodologie :

Type : Étude observationnelle

Lieu : Clinique de l'anxiété, Mas Careiron, Uzès

Recrutement : octobre 2017 à octobre 2018

Échantillon : 14 patients

Critères d'inclusion :

- Hommes ou femmes âgés de plus de 18 ans.
- Consentement éclairé recueilli après information orale sur l'intérêt de l'étude.
- Remplissant les critères diagnostiques du DSM-5 du TSPT.

Critères d'exclusion :

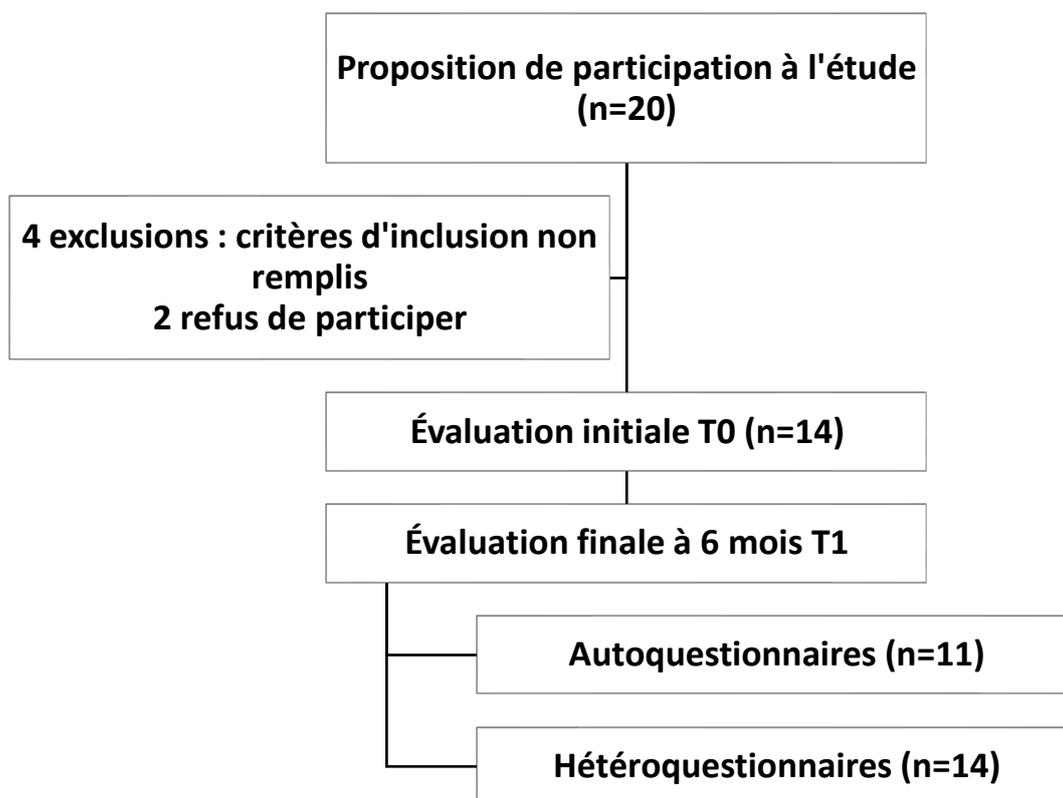
- Sujets psychotiques ou présentant une insuffisance intellectuelle ne leur permettant pas de répondre aux questionnaires,
- Sujets pour lesquels il existe une suspicion de démence (troubles cognitifs),
- Sujets dont on peut penser que le suivi sera difficile ou impossible (sans domicile fixe, personnalités psychopathiques...)
- Sujets privés de liberté par décision judiciaire ou administrative,
- Sujets majeurs protégés par la loi (curatelle, tutelle),
- Pathologies psychiatriques décompensées.

Critère de jugement principal : observation de l'évolution des symptômes du TSPT dans le cadre de prise en charge en hypnose ericksonienne.

Critères de jugement secondaire : observation de l'évolution des symptômes fréquemment associés au TSPT : dépression, anxiété, troubles du sommeil, qualité de vie, expérience dissociative.

IV. Résultats

A. Distribution des participants



B. Description des données qualitatives

1. Caractéristiques sociodémographiques

Les participants inclus étaient âgés de 21 à 65 ans avec une moyenne d'âge à 41 ans et une médiane à 37 ans. Il y avait 13 femmes pour un homme. Concernant l'état marital, 3 patients étaient célibataires à l'inclusion pour 11 patients en couple. Ils provenaient tous d'un rayon de moins de 50km autour du lieu de prise en charge. Concernant le niveau d'étude, 4 patients avaient un niveau inférieur au baccalauréat et 10 patients, un niveau supérieur au baccalauréat. 9 patients avaient des antécédents psychiatriques familiaux. Au niveau professionnel, on retrouvait un patient en arrêt de travail en raison du TSPT, 2 patients sans profession et un retraité, les autres avaient une activité professionnelle.

8 patients souffraient d'un traumatisme de type 2 et 6 patients d'un traumatisme de type 1. Seul 1 patient ne souffrait d'aucun antécédent psychiatrique personnel. Concernant le trouble de personnalité borderline, 2 patients présentaient ce diagnostic.

Concernant le type de traumatisme, 9 événements traumatiques ont eu lieu avant l'âge de 18 ans. On retrouvait 6 traumatismes sexuels (viol, agression, attouchement), 4 décès violents d'un proche, 3 traumatismes par violence physique et 1 traumatisme par accident de la circulation.

Parmi les patients remplissant les différents critères d'inclusion, 87,5% ont accepté une prise en charge en hypnose ericksonienne.

2. Traitements

a) *Traitements médicamenteux*

À l'inclusion, 2 patients bénéficiaient d'une prise en charge médicamenteuse :

- Association antidépresseurs et anxiolytiques
- Association antidépresseurs, anxiolytiques et des antipsychotiques

Après 6 mois d'évolution, 4 patients avaient une prise en charge médicamenteuse :

- 3 patients associaient des antidépresseurs et des anxiolytiques
- 1 patient associait des antidépresseurs, des anxiolytiques et des antipsychotiques

Les patients ayant initialement un traitement l'ont maintenu et 2 nouveaux patients ont débuté un traitement au cours de l'étude. On note que le patient ayant des antipsychotiques initialement a pu diminuer les doses de ces derniers ainsi que celle des anxiolytiques au cours de l'étude.

b) *Traitements non médicamenteux*

À l'inclusion, les patients n'avaient pas eu d'autres approches psychothérapeutiques.

Au cours de la prise en charge, 12 patients ont bénéficié d'autres types de prise en charge non médicamenteuse disponible à la clinique de l'anxiété, comme de la TCC (10 patients), des groupes d'affirmation de soi (2 patients) ou de pleine conscience (1 patient) et de l'EMDR (1 patient).

Le nombre moyen de séances d'hypnose était de 8,21 allant de 1 à 23 séances.

3. Perdus de vue

Il y a 3 patients pour lesquels les autoquestionnaires n'ont pas été retournés au thérapeute. Sur les 14 patients souffrant de TSPT, 11 sont allés jusqu'à la fin de la prise en charge, soit 78,6%.

4. Événements indésirables

Il n'y a pas eu d'effets indésirables dans cette étude.

C. Analyses des données quantitatives

1. Critères de jugement principaux

L'objectif principal de cette étude est l'observation de l'évolution des symptômes du TSPT dans le cadre de prise en charge en hypnose ericksonienne.

Le tableau suivant détaille le score de la CAPS à T0 et T1 ainsi que les 3 sous-scores.

Hétéroquestionnaire CAPS n=14	Moyenne à T0	Moyenne à T1	p-value T0-T1
Total	67,1	35	0,00024 **
Symptômes de reviviscence	17,7	9	0,006 **
Symptômes d'évitement ou d'émoussement	30,2	14,9	0,001 **
Symptômes d'hyperéveil	19,2	11,1	0,002 **

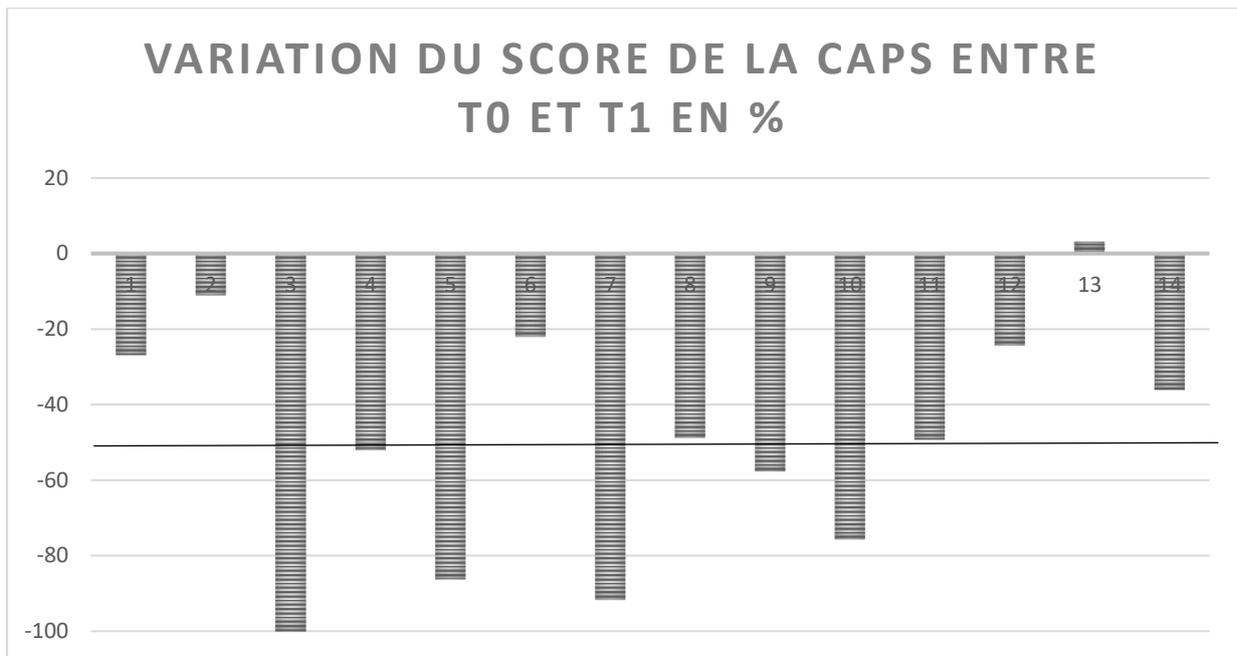
Tableau 1 : Calcul de la p-value selon le test de rang signé de Wilcoxon, pour l'hétéroquestionnaire CAPS, pour T0-T1. ** $p < 0,05$ * $p < 0,1$

Le tableau suivant détaille le score de la PCL-S à T0 et T1.

Autoquestionnaire n=11	Moyenne à T0	Moyenne à T1	p-value T0-T1
PCL-S	63	49	0,0098 **

Tableau 2 : Calcul de la p-value selon le test de rang signé de Wilcoxon, pour les autoquestionnaires PCL-S, pour T0-T1. ** $p < 0,05$ * $p < 0,1$

Le graphique suivant représente l'évolution du score de la CAPS entre T0 et T1.



Graphique 1 : Variation du score de l’hétéroquestionnaire CAPS entre T0 et T1 exprimée en pourcentage, n=14.

Les patients bons répondeurs, définis comme ayant une diminution d’au moins 50% du score initial à la CAPS en T0 et T1, sont aux nombres de 6 sur 14 soit 42,9%.

2. Critères de jugement secondaires

L’objectif secondaire est l’observation de l’évolution des comorbidités psychiatriques fréquemment associées au TSPT : dépression, anxiété, troubles du sommeil, qualité de vie, expérience dissociative.

Le tableau suivant détaille les scores des différents autoquestionnaires à T0 et T1.

Autoquestionnaire n=11	Moyenne à T0	Moyenne à T1	p-value T0-T1
BDI	13,4	10,9	0,195
STAI-A	63,3	49,3	0,0058 **
PSQI	13	10	0,396
DES	16,2	14,1	0,929

Tableau 3 : Calcul de la p-value selon le test de rang signé de Wilcoxon, pour les autoquestionnaires BDI, STAI-A, PSQI et DES, pour T0-T1. ** p<0,05 *p<0,1

Ce tableau détaille les sous-scores du questionnaire concernant la qualité de vie en T0 et T1.

Autoquestionnaire WHOQOL BREF n=11	Moyenne à T0	Moyenne à T1	p-value T0-T1
Qualité de vie	3,1	3,2	0,824
Santé générale	2,6	3	0,424
Santé physique	44,5	52,4	0,285
Santé mentale	39,7	50,8	0,097*
Relation sociale	46	53,4	0,158
Environnement	64,4	68,5	0,644

Tableau 4 : Calcul de la p-value selon le test de rang signé de Wilcoxon, pour l'autoquestionnaire WHOQOL BREF, pour T0-T1. ** p<0,05 *p<0,1

Ce tableau détaille les sous-scores du questionnaire concernant les traumatismes dans l'enfance en T0 et T1.

Autoquestionnaire CTQ n=11	Moyenne à T0	Moyenne à T1	p-value T0-T1
Abus émotionnel	14,0	14,5	0,865
Abus physique	9,5	10,8	0,115
Abus sexuel	12,5	12,5	1
Négligence émotionnelle	13,1	12,5	0,944
Négligence physique	9,2	9,4	0,905
Déni	0,4	0,5	0,577

Tableau 5 : Calcul de la p-value selon le test de rang signé de Wilcoxon, pour l'autoquestionnaire CTQ, pour T0-T1. ** p<0,05 *p<0,1

Ce tableau détaille les sous-scores du questionnaire concernant les diagnostics psychiatriques en T0 et T1.

MINI (n=14)	Nombre de patients avec diagnostic à T0	Nombre de patients avec diagnostic à T1	Variation en % entre T0 et T1
Épisode dépressif majeur	11	6	-45%
Suicidalité	0	0	NC
Trouble bipolaire	0	0	NC
Trouble panique	11	5	-55%
Agoraphobie	7	4	-43%
Phobie sociale	5	5	0%

Trouble obsessionnel et compulsif	2	0	-100%
État de stress post-traumatique	14	5	-64%
Trouble lié à la consommation d'alcool	1	1	0%
Trouble lié à une substance	0	0	NC
Trouble psychotique	0	0	NC
Trouble du comportement alimentaire	1	0	-100%
Anxiété généralisée	7	4	-43%
Trouble de personnalité antisociale	0	0	NC

Tableau 6 : Nombre de patients présentant le diagnostic selon le MINI, à T0 et T1, NC=non calculé.

3. Analyses en sous-groupes

Six patients pouvaient être qualifiés de bons répondeurs, ayant diminué de plus de 50% leur score total à la CAPS. Parmi ces 6 patients, il y avait un perdu de vue concernant les autoquestionnaires.

Le tableau suivant détaille le score de la CAPS à T0 et T1 ainsi que les 3 sous-scores.

Hétéroquestionnaire CAPS n=6	Moyenne à T0	Moyenne à T1	p-value T0-T1
Total	62,5	16,3	0,031 **
Symptômes de reviviscence	18,3	5	0,031 **
Symptômes d'évitement ou d'émoussement	28	8,2	0,031 **
Symptômes d'hyperéveil	16,2	4,3	0,035 **

Tableau 7 : Calcul de la p-value selon le test de rang signé de Wilcoxon, pour l'hétéroquestionnaire CAPS, pour T0-T1, chez les bons répondeurs. ** $p < 0,05$ * $p < 0,1$

Le tableau suivant détaille le score de la PCL-S à T0 et T1.

Autoquestionnaire n=5	Moyenne à T0	Moyenne à T1	p-value T0-T1
PCL-S	67	40,2	0,063*
BDI	10,2	4,4	0,063*
STAI-A	60,6	40	0,058*
PSQI	14,8	6,6	0,058*
DES	12,5	11,4	0,813

Tableau 8 : Calcul de la p-value selon le test de rang signé de Wilcoxon, pour les autoquestionnaires PCL-S, BDI, STAI-A, PSQI et DES, pour T0-T1, chez les bons répondants.

** p<0,05 *p<0,1

Ce tableau détaille les sous-scores du questionnaire concernant la qualité de vie en T0 et T1.

Autoquestionnaire WHOQOL BREF n=5	Moyenne à T0	Moyenne à T1	p-value T0-T1
Qualité de vie	3,4	4	0,149
Santé générale	3,2	3,8	0,149
Santé physique	57,8	75,2	0,100*
Santé mentale	50	70,4	0,063*
Relation sociale	50	61,2	0,098*
Environnement	68,8	79	0,272

Tableau 9 : Calcul de la p-value selon le test de rang signé de Wilcoxon, pour l'autoquestionnaire WHOQOL BREF, pour T0-T1, chez les bons répondants. ** p<0,05

*p<0,1

Ce tableau détaille les sous-scores du questionnaire concernant les traumatismes dans l'enfance en T0 et T1.

Autoquestionnaire CTQ n=5	Moyenne à T0	Moyenne à T1	p-value T0-T1
Abus émotionnel	16,6	16,2	1
Abus physique	9,6	11,8	0,181
Abus sexuel	15,6	16,4	0,346
Négligence émotionnelle	13,2	14,4	0,095
Négligence physique	9	8,8	1
Déni	0	0,4	1

Tableau 10 : Calcul de la p-value selon le test de rang signé de Wilcoxon, pour l'autoquestionnaire CTQ, pour T0-T1, chez les bons répondants. ** p<0,05 *p<0,1

Ce tableau détaille les sous-scores du questionnaire concernant les diagnostics psychiatriques en T0 et T1.

MINI (n=6)	Nombre de patients avec diagnostic à T0	Nombre de patients avec diagnostic à T1	Variation en % entre T0 et T1
Épisode dépressif majeur	4	1	-75%
Suicidalité	0	0	NC
Trouble bipolaire	0	0	NC
Trouble panique	1	2	+50%
Agoraphobie	3	1	-66%
Phobie sociale	2	1	-50%
Trouble obsessionnel et compulsif	0	0	NC
État de stress post-traumatique	6	0	-100%
Trouble lié à la consommation d'alcool	0	0	NC
Trouble lié à une substance	0	0	NC
Trouble psychotique	0	0	NC
Trouble du comportement alimentaire	1	0	-100%
Anxiété généralisée	3	1	-66%
Trouble de personnalité antisociale	0	0	NC

Tableau 11 : Nombre de patients bons répondeurs présentant le diagnostic selon le MINI, à T0 et T1, NC=non calculé.

Concernant les patients bons répondeurs, on retrouve une diminution significative de la CAPS et une tendance à la diminution de la PCL-S, ainsi que les comorbidités évaluées à la STAI-A, à la BDI et à la PSQI. On retrouve également une tendance à l'amélioration de la qualité de vie à la WHOQOL BREF.

Résultats

Qualitatif :

Parmi les patients remplissant les différents critères d'inclusion, 87,5% ont accepté une prise en charge en hypnose ericksonienne.

Parmi les 14 patients inclus, 11 sont allés jusqu'à la fin de la prise en charge soit 78,6%.

Quantitatif :

Critère de jugement principal

Concernant la CAPS, on retrouve une diminution significative du score avec $p < 0,00024$.

Concernant la PCL-S, on retrouve une diminution significative du score avec $p < 0,0098$.

Critère de jugement secondaire

Concernant la STAI-A, on retrouve une diminution significative du score avec $p < 0,0058$.

Concernant la WHOQOL BREF, on retrouve une tendance à l'amélioration sur le sous-groupe Santé mentale.

Analyse en sous-groupe

Les patients bons répondeurs, définis comme diminuant la CAPS d'au moins 50%, sont 6/14 soit 42,9% de l'effectif.

V. Discussion

À l'heure actuelle, les prises en charge proposées du TSPT restent dérisoires par rapport à la prévalence de ce trouble. Cette étude est donc une étude pilote qui permet une première évaluation de la prise en charge en hypnose ericksonienne du TSPT.

A. Les résultats

Les résultats à la fois qualitatifs et quantitatifs suggèrent que ce type de prise en charge est faisable et bien accepté par les patients. Bien que la méthodologie ne permette aucune conclusion au sens statistique du terme, les améliorations cliniques constatées au cours de la prise en charge sont encourageantes tant concernant l'innocuité de ce type de prise en charge que son efficacité.

1. Résultats qualitatifs

Concernant les résultats qualitatifs, il existe une forte représentation féminine qui peut être reliée à l'épidémiologie du trouble, mais possiblement aussi aux prises en charge psychothérapeutiques peut-être plus accessibles et mieux acceptées par les femmes. Le niveau éducatif est assez élevé, en lien également avec le type de structure dans lequel a été réalisé le recrutement. La moyenne d'âge est également cohérente avec la littérature.

À propos des prises en charge médicamenteuses, 2 patients ont initié un traitement médicamenteux durant l'étude. Il est intéressant de mettre en avant que ces patients ne bénéficiaient pas d'autre prise en charge antérieure et que le médecin adresseur était médecin généraliste.

Au sujet des prises en charge psychothérapeutiques, la quasi-totalité (12/14) des patients a bénéficié d'autres types de thérapies. Il est important de souligner que seuls 2 patients ont bénéficié d'un groupe d'affirmation de soi et 1 patient d'un groupe de mindfulness. Un patient a bénéficié de la prise en charge TCC d'un trouble panique et un patient a bénéficié d'une prise en charge EMDR dans une autre structure. Pour les autres patients, ils ont eu en moyenne 3,6 séances de TCC contre 8,21 séances d'hypnose.

Parmi les patients remplissant les différents critères d'inclusion, 87,5% ont accepté une prise en charge en hypnose ericksonienne, soit un très bon niveau d'acceptabilité.

Sur les 14 patients inclus, 11 ont été jusqu'à la fin de la prise en charge avec rendu des derniers autoquestionnaires, soit un taux de rétention de près de 78,6%. La totalité des patients a effectué

les 2 hétéroévaluations. Nous pouvons supposer que les patients présentant une amélioration clinique peuvent se désintéresser de la prise en charge proposée et donc des évaluations à renvoyer. **Cependant, ce taux de rétention reste élevé et étaye la faisabilité et la bonne acceptabilité de la prise en charge proposée.** Les 2 patients ayant initialement refusé l'étude l'ont fait pour des contraintes horaires. Les 4 autres patients exclus ne présentaient pas le diagnostic clinique selon le DSM 5 du TSPT ou étaient mineurs lors de l'inclusion. Malgré une taille d'échantillon faible, il est intéressant d'y voir pour autant un effet apparaitre. Cet effet est bien évidemment à contextualiser au vu de l'absence de groupe contrôle et des différents biais, mais est encourageant.

Aucun événement indésirable n'est survenu pendant la durée de l'étude. Aucune prise en charge n'a été interrompue pour raisons médicales.

2. Résultats quantitatifs

Concernant les résultats quantitatifs, nous retrouvons une amélioration clinique de certains points en regardant l'évolution des scores aux échelles entre T0 et T1.

a) *Critère de jugement principal*

Pour la CAPS, on note une amélioration significative du score total ($p < 0,00024$). L'amélioration des sous-scores est également significative avec une diminution plus marquée pour les symptômes d'évitement ou d'émoussement ($p < 0,001$). On retrouve une diminution significative pour les symptômes d'hyperéveil avec $p < 0,002$ et pour les symptômes de reviviscence avec $p < 0,006$.

La limite de la CAPS choisie dans cette étude est de 45 permettant de correspondre à des TSPT d'intensité assez variable. En effet, choisir une limite plus élevée dans le cadre de prise en charge psychothérapeutique aurait certainement restreint de façon encore plus sévère le recrutement.

Concernant la PCL-S, on retrouve une variation significative du score entre T0 et T1 avec $p < 0,0098$. Cette variation confirme la variation observée pour la CAPS et assure d'une bonne correspondance entre l'hétéro et l'auto-évaluation.

Il est intéressant de noter que l'auto et l'hétéroévaluation de l'intensité du TSPT varient dans les mêmes proportions et avec une significativité importante permettant ainsi de confirmer ce résultat. Il s'agit donc de résultats encourageants et significatifs pour les principaux symptômes du TSPT.

b) Critères de jugement secondaires

(1) Anxiété

Concernant l'anxiété, on retrouve une diminution significative des scores entre T0 et T1 avec $p < 0,0058$. Ce score peut être rattaché à la prise en charge en hypnose. Pour autant, il est important de prendre en compte le contexte. L'étude ayant eu lieu au sein de la clinique de l'anxiété, les thérapeutes vont en priorité mettre en œuvre des techniques de gestion de l'anxiété avant d'aller plus loin dans la thérapie, cette méthode pouvant faire apparaître un biais de confusion.

(2) Symptômes dépressifs et troubles du sommeil

Concernant les autres comorbidités (dépression et troubles du sommeil), il n'y a pas de différence significative entre T0 et T1. Pour autant, il est communément admis que le TSPT est associé à une augmentation des troubles du sommeil et des symptômes dépressifs (6). Dans cette étude, au niveau de l'évaluation des comorbidités psychiatriques au MINI, on retrouve une diminution de près de 45% d'épisode dépressif caractérisé.

(3) Expériences dissociatives

Concernant les expériences dissociatives, il n'existe pas non plus de différence significative entre T0 et T1, malgré l'apprentissage d'une forme de dissociation durant l'expérience hypnotique, les patients n'ont pas tendance à se dissocier plus facilement après la thérapie.

(4) Souvenirs traumatiques

Concernant les souvenirs traumatiques, on ne retrouve pas de modification entre T0 et T1 permettant d'être rassurant sur l'impact de l'hypnose sur les souvenirs. Il ne semble pas, au vu de ces résultats, que l'hypnose modifie les souvenirs et particulièrement les souvenirs traumatiques.

Pour ce qui concerne l'évaluation des autres troubles psychiatriques, on retrouve une amélioration clinique concernant de nombreux diagnostics (épisode dépressif majeur, trouble panique, agoraphobie, TOC, TSPT, TCA, anxiété généralisée), sans forcément de corrélation avec les scores aux autoquestionnaires. Il est intéressant de mettre en avant la différence d'évaluation entre auto et hétéroévaluation pouvant expliquer cela.

(5) Qualité de vie

Concernant la qualité de vie, il n'y a pas de différence significative entre T0 et T1. On note une tendance positive avec $p < 0,097$ dans le sous-score de la santé mentale. Il est important de mettre en avant que le nombre de séances d'hypnose soit en moyenne de 8,21 séances et à un rythme bihebdomadaire. On peut donc espérer une amélioration clinique après environ 4 mois de thérapie. Il aurait été intéressant d'évaluer la qualité de vie à une distance plus importante de la fin de la prise en charge.

c) *Analyse en sous-groupe*

À propos de l'analyse en sous-groupe, 6 patients qualifiés de bons répondeurs ont été inclus. Devant le faible effectif, il est primordial de rester précautionneux vis-à-vis de ses résultats. On retrouve une différence significative entre T0 et T1 pour la CAPS avec $p < 0,031$ pour le score total et l'ensemble des sous-scores. Concernant la PCL-S ($p < 0,063$) et les comorbidités évaluées par la BDI (symptômes dépressifs) ($p < 0,063$), la STAI-A (anxiété) ($p < 0,058$), et la PSQI (troubles du sommeil) ($p < 0,058$), on retrouve uniquement une tendance à l'amélioration sans significativité. Concernant le DES, il n'y a pas de différence significative. Concernant la qualité de vie, on retrouve une tendance à l'amélioration sans significativité dans le domaine de la santé physique, mentale et les relations sociales. Il n'y a pas non plus de différence entre T0 et T1 concernant le CTQ (souvenirs traumatiques).

Il est habituel dans la littérature de prendre une diminution de 50% du score initial pour évaluer la bonne réponse à une prise en charge proposée. Dans cette étude, 6 patients sur 14 peuvent être qualifiés de bons répondeurs à la prise en charge en hypnose. Cette façon de présenter les résultats permet de donner une image type du patient bon répondeur dans cette étude. Attention toutefois, il ne s'agit en aucun cas de donner des critères permettant la sélection des patients à une prise en charge en hypnose ou non.

De façon plus générale, le patient bon répondeur « type » était une femme, de 46 ans d'âge moyen (31 à 65 ans), ayant au moins le baccalauréat, et étant en couple. Il n'y avait pas de traitement médicamenteux associé. On ne retrouvait pas un type de traumatisme prédominant. Elle a bénéficié de 8,6 séances d'hypnose en moyenne (6 à 11 séances). Le score initial à la CAPS était de 62,5, allant de 27 à 80. Le score initial à la PCL-S était de 65,4 allant de 57 à 81. Le score initial à la BDI était de 10,5 de moyenne, allant de 5 à 23. Le score initial à la STAI-A était de 61,2 de moyenne allant de 53 à 69. Il n'y avait pas de trouble de la personnalité de type Borderline associé. Concernant les autres thérapies associées, une patiente a bénéficié d'un groupe

d'affirmation de soi et une autre a bénéficié d'une prise en charge TCC d'un trouble panique associé. Pour la majorité des patients bons répondeurs, la prise en charge en hypnose ericksonienne a également permis à elle seule d'améliorer la majorité des comorbidités associées.

De façon plus générale, il semble que l'hypnose ericksonienne remplisse en grande partie les objectifs de la prise en charge du TSPT. Selon le guide de la HAS (ALD n° 23 - Guide médecin sur les troubles anxieux graves - Juin 2007), les objectifs de la prise en charge du TSPT sont :

- Diminuer les symptômes, les comorbidités et les incapacités après un événement traumatique.
- Réduire le niveau de détresse et prévenir les récives à long terme.
- Améliorer le fonctionnement et la qualité de vie.
- Obtenir le minimum d'effets indésirables des traitements.

Le traitement concerne le TSPT et les comorbidités souvent associées (dépression, risque de suicide, addictions, etc.).

B. Les limites

1. Type d'étude

La principale limite tient évidemment au design, en ouvert, sans randomisation, sans groupe contrôle, ce qui ne correspond pas à une étude à haut niveau de preuve. Seul un essai contrôlé et randomisé ultérieur avec un nombre plus élevé de patients recrutés permettrait une évaluation de l'impact clinique de la prise en charge de ces patients. Il n'y a pas de groupe contrôle, ce qui amène à se poser la question de la part attribuable aux effets de la prise en charge en hypnose ericksonienne dans l'amélioration clinique observée. Cette amélioration clinique peut provenir des effets thérapeutiques de l'alliance thérapeutique, mais également du reste de la prise en charge ou même de l'évolution naturelle du trouble.

2. Population

De même, le faible nombre de sujets recrutés pour cette étude ne permet pas d'obtenir des résultats généralisables à l'ensemble des sujets présentant un TSPT. Nous rappelons ici que les études portant sur l'hypnose ont habituellement une faible taille d'échantillon et qu'il n'a pas été

retrouvé dans la littérature d'étude similaire permettant d'estimer une taille d'effet et donc un nombre de sujets nécessaires (208) (209).

La population recrutée est assez hétérogène (intensité du TSPT, comorbidités associées, type de traumatisme, durée d'évolution de la maladie, âge, sexe, prises en charge précédentes...), il serait intéressant de réaliser des groupes plus homogènes afin d'évaluer l'intérêt de ce type de prise en charge en fonction de l'intensité ou de la durée d'évolution du TSPT. Nous pouvons nous interroger sur le bénéfice de la prise en charge en hypnose sur des durées d'évolutions plus ou moins longues, sur des traumatismes d'origines variables...

Certains patients ont bénéficié de prise en charge médicamenteuse tandis que d'autres ont pu bénéficier d'autres thérapies à la clinique de l'anxiété. Nous n'avons pas tenu compte de la participation en parallèle à d'autres types de prise en charge (groupe d'affirmation de soi, de mindfulness ; prise en charge en TCC ou EMDR), ni de l'intensité du suivi. Le rythme du suivi ainsi que sa nature, sa durée sont des paramètres dont il faudrait tenir compte pour pouvoir pleinement apprécier les effets liés à la prise en charge en hypnose, en soi.

Également, la prise en charge en hypnose ericksonienne n'a été proposée qu'à des patients potentiellement intéressés et pour lesquels le thérapeute l'avait jugé utile. Nous n'avons aucune idée du taux de refus et donc d'un éventuel biais de sélection.

3. Prise en charge en hypnose ericksonienne

Est également discutable l'absence de spécificité de la prise en charge en hypnose, réalisée par des thérapeutes également formés à d'autres types de psychothérapie. Il est ainsi difficile de déterminer quels outils auront permis une amélioration clinique chez certains patients. La prise en charge est ici évaluée dans sa globalité, sachant que certains aspects sont sans doute plus utiles ou aidants que d'autres, engendrant un possible biais de confusion. Durant cette étude, 5 thérapeutes sont intervenus, mettant en avant la possibilité de biais interthérapeutes.

Le choix a également été fait de ne pas imposer de protocole d'hypnose par le biais de trames des séances, afin d'évaluer la prise en charge réellement effectuée au sein de la clinique de l'anxiété dans le cadre du soin courant.

L'hypnotisabilité mesurée au moyen de l'échelle de susceptibilité hypnotique de Stanford (SHSS) n'a pas été évaluée, car son intérêt est discutable. Elle ne prédit pas une meilleure réponse à l'hypnose, mais plus une réponse directe aux suggestions faites.

4. Évaluation par questionnaires

L'ensemble des évaluations a été réalisé par différents expérimentateurs pouvant faire apparaître un biais de mesure, mais également un biais d'apprentissage au cours des différentes évaluations. Concernant le choix des échelles, nous avons sélectionné des échelles reconnues et validées afin de limiter les biais de recueil. L'association d'auto et d'hétéroquestionnaires avait pour but de limiter également ce biais. Malgré cela, il reste important de souligner les limites des évaluations par questionnaires.

5. Outils statistiques et p-value

Il est important de mettre en lumière que la vraisemblance des données n'est pas la crédence de la théorie.

La méthode scientifique est basée sur le critère de réfutabilité, c'est-à-dire que toute théorie scientifique doit être réfutable. Ainsi en science, on a pour habitude de rejeter des théories, plus que d'en prouver. Pour cela, on collecte des données pour réfuter l'hypothèse nulle H_0 de départ.

La p-value détermine la conclusion habituellement tirée par les lecteurs. Elle a permis d'améliorer de façon considérable la rigueur, la fiabilité et la validité des résultats. Pour autant, elle correspond à la vraisemblance des données dans le cadre d'une hypothèse initiale vraie. Les outils statistiques permettent des conclusions quand l'hypothèse initiale est vraie uniquement. La p-value concerne la probabilité d'une conclusion sachant la théorie vraie ce qui ne renseigne pas beaucoup sur la probabilité de la théorie sachant qu'elle a été rejetée. Il est également important de mettre en avant que la taille de l'effet observé ne soit pas représentée par la p-value. **Enfin une p-value statistiquement significative ne relève pas toujours d'une variation cliniquement intéressante.**

C. Les perspectives

Cette étude, pilote en France, est une première étape dans la validation de la prise en charge en hypnose ericksonienne du TSPT. Il semblerait important d'effectuer une réévaluation à plus long terme des patients suivis. Poursuivre nos recherches avec un groupe contrôle ne bénéficiant pas d'autre prise en charge ou bénéficiant d'une autre prise en charge psychothérapeutique serait indispensable afin d'étayer la validité de notre prise en charge en hypnose ericksonienne. Se pose alors la question du type de prise en charge témoin et du nombre de participants. Il faudra alors tenir compte des autres modalités de prise en charge, mais également de l'ensemble des interactions avec l'environnement.

Il semble également primordial de continuer les avancées faites sur les phénomènes sous-tendant les processus hypnotiques par des techniques d'imagerie cérébrale associées. Ces méthodes pourraient apporter un éclairage sur la mécanique de la dissociation au sein du TSPT et de l'hypnose ericksonienne.

Comme préconisé par le rapport de l'INSERM (134), une étude qualitative reprenant l'histoire de vie des patients ainsi que les modifications dans leur fonctionnement ou leur qualité de vie semble plus appropriée à l'évaluation de l'hypnose. Cela permettrait alors de comprendre la mécanique de l'intervention et non uniquement son résultat afin d'affiner le choix des outils hypnotiques et d'établir des protocoles de prise en charge plus ciblés sur la difficulté du patient. Une meilleure appropriation des outils par les patients pourrait découler de cet aménagement des séances. Les outils d'hypnose utilisés sont des outils courants dont l'appropriation par les patients, mais également par les thérapeutes, formés à l'hypnose, est assez rapide.

Il est important de réfléchir à l'accès aux soins dans un domaine où la stigmatisation fait souvent encore beaucoup de dégâts. L'intérêt de la pratique par des professions paramédicales semble ouvrir une piste de réflexion. Ce type de prise en charge, facile à proposer, ne nécessitant pas obligatoirement un diagnostic psychiatrique, sans effets indésirables retrouvés à ce jour, pourrait permettre une approche moins stigmatisante des difficultés psychologiques, ce qui faciliterait peut-être l'orientation vers un professionnel du champ psychiatrique dans un second temps par une prise de conscience de ses vulnérabilités.

Ainsi ce type de prise en charge peut se montrer bénéfique même en l'absence de troubles psychiatriques avérés dans le sens où elle permet de bénéficier d'un temps pour soi, dans un monde où le temps presse.

VI. Conclusion

En conclusion, cette étude permet de montrer un intérêt à la mise en place de prise en charge en hypnose ericksonienne dans le cadre du TSPT. Sur le plan qualitatif, les résultats mettent en avant une faisabilité et une bonne acceptabilité de cette prise en charge. Sur le plan quantitatif, nous avons noté une amélioration significative de l'intensité du TSPT ainsi que du niveau d'anxiété, résultats qui restent à confirmer par une étude de plus grande envergure de type essai randomisé contrôlé afin d'avoir un meilleur niveau de preuve.

VII. Bibliographie

1. Martha Medeiros — Wikipédia [Internet]. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Martha_Medeiros#cite_note-1
2. Crocq M-A, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull-Erpelding M-C, American Psychiatric Publishing. DSM-5 manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2013.
3. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depress Anxiety*. févr 2014;31(2):130-42.
4. Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, Vermetten E, Lanius RA, Nievergelt CM, et al. Post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Dis Primer*. 08 2015;1:15057.
5. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic Stress Disorder. *Int J Occup Environ Med*. janv 2012;3(1):2-9.
6. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. déc 1995;52(12):1048-60.
7. Kirkpatrick HA, Heller GM. Post-traumatic stress disorder: theory and treatment update. *Int J Psychiatry Med*. 2014;47(4):337-46.
8. Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie . 2016.
9. Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, Robert NP. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 26 nov 2015;351:h6161.
10. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, et al. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress*. 1 janv 1995;8(1):75-90.
11. Weathers FW, Keane TM, Davidson JR. Clinician-administered PTSD scale: a review of the first ten years of research. *Depress Anxiety*. 2001;13(3):132-56.
12. Weathers FW, Ruscio AM, Keane TM. Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. *Psychol Assess*. 1999;11(2):124-33.
13. Wilkins KC, Lang AJ, Norman SB. Synthesis of the psychometric properties of the PTSD checklist (PCL) military, civilian, and specific versions. *Depress Anxiety*. juill 2011;28(7):596-606.
14. Ventureyra VAG, Yao S-N, Cottraux J, Note I, De Mey-Guillard C. The validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale in posttraumatic stress disorder and nonclinical subjects. *Psychother Psychosom*. févr 2002;71(1):47-53.

15. Storr C. Childhood Antecedents of Exposure to Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychiatry*. 1 janv 2007;164(1):119.
16. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*. janv 2003;129(1):52-73.
17. Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry*. févr 2004;161(2):195-216.
18. Sayed S, Iacoviello BM, Charney DS. Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Curr Psychiatry Rep*. août 2015;17(8):612.
19. Christiansen DM, Hansen M. Accounting for sex differences in PTSD: A multi-variable mediation model. *Eur J Psychotraumatology*. 2015;6:26068.
20. Roberts AL, Rosario M, Corliss HL, Koenen KC, Austin SB. Elevated risk of posttraumatic stress in sexual minority youths: mediation by childhood abuse and gender nonconformity. *Am J Public Health*. août 2012;102(8):1587-93.
21. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. juin 2005;62(6):593-602.
22. Treatment for Posttraumatic Stress Disorder in Military and Veteran Populations: Initial Assessment [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2012 [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.nap.edu/catalog/13364>
23. Duncan LE, Cooper BN, Shen H. Robust Findings From 25 Years of PTSD Genetics Research. *Curr Psychiatry Rep*. 23 oct 2018;20(12):115.
24. Birmes PJ, Brunet A, Coppin-Calmes D, Arbus C, Coppin D, Charlet J-P, et al. Symptoms of peritraumatic and acute traumatic stress among victims of an industrial disaster. *Psychiatr Serv Wash DC*. janv 2005;56(1):93-5.
25. Lensvelt-Mulders G, van der Hart O, van Ochten JM, van Son MJM, Steele K, Breeman L. Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. oct 2008;28(7):1138-51.
26. Bryant RA, Friedman MJ, Spiegel D, Ursano R, Strain J. A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depress Anxiety*. sept 2011;28(9):802-17.
27. Tsai J, Harpaz-Rotem I, Pietrzak RH, Southwick SM. The role of coping, resilience, and social support in mediating the relation between PTSD and social functioning in veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Psychiatry*. 2012;75(2):135-49.
28. Cho M-S. The influence of family's participation in recreational sports on its resilience and communication facilitation. *J Exerc Rehabil*. oct 2014;10(5):313-8.
29. Silverman MN, Deuster PA. Biological mechanisms underlying the role of physical fitness in health and resilience. *Interface Focus*. 6 oct 2014;4(5):20140040.

30. Feder A, Ahmad S, Lee EJ, Morgan JE, Singh R, Smith BW, et al. Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: purpose in life, religious coping and social support. *J Affect Disord.* mai 2013;147(1-3):156-63.
31. Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry.* févr 2004;161(2):195-216.
32. Ledoux JE, Muller J. Emotional memory and psychopathology. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 29 nov 1997;352(1362):1719-26.
33. Zoladz PR, Diamond DM. Current status on behavioral and biological markers of PTSD: a search for clarity in a conflicting literature. *Neurosci Biobehav Rev.* juin 2013;37(5):860-95.
34. Pole N. The psychophysiology of posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Psychol Bull.* sept 2007;133(5):725-46.
35. Pitman RK, Rasmusson AM, Koenen KC, Shin LM, Orr SP, Gilbertson MW, et al. Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Neurosci.* nov 2012;13(11):769-87.
36. Santangelo RM, Acker TM, Zimmerman SS, Katzman BM, Strong KL, Traynelis SF, et al. Novel NMDA receptor modulators: an update. *Expert Opin Ther Pat.* nov 2012;22(11):1337-52.
37. Bremner JD. Does stress damage the brain? *Biol Psychiatry.* 1 avr 1999;45(7):797-805.
38. Bremner JD, Randall P, Vermetten E, Staib L, Bronen RA, Mazure C, et al. Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse--a preliminary report. *Biol Psychiatry.* 1 janv 1997;41(1):23-32.
39. Gilbertson MW, Shenton ME, Ciszewski A, Kasai K, Lasko NB, Orr SP, et al. Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nat Neurosci.* nov 2002;5(11):1242-7.
40. van Rooij SJH, Kennis M, Sjouwerman R, van den Heuvel MP, Kahn RS, Geuze E. Smaller hippocampal volume as a vulnerability factor for the persistence of post-traumatic stress disorder. *Psychol Med.* oct 2015;45(13):2737-46.
41. Elzinga BM, Bremner JD. Are the neural substrates of memory the final common pathway in posttraumatic stress disorder (PTSD)? *J Affect Disord.* juin 2002;70(1):1-17.
42. Shin LM, Liberzon I. The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol.* janv 2010;35(1):169-91.
43. Hayes JP, Hayes SM, Mikedis AM. Quantitative meta-analysis of neural activity in posttraumatic stress disorder. *Biol Mood Anxiety Disord.* 18 mai 2012;2:9.

44. Etkin A, Wager TD. Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *Am J Psychiatry*. oct 2007;164(10):1476-88.
45. Lanius RA, Bluhm R, Lanius U, Pain C. A review of neuroimaging studies in PTSD: heterogeneity of response to symptom provocation. *J Psychiatr Res*. déc 2006;40(8):709-29.
46. Nicholson AA, Densmore M, Frewen PA, Théberge J, Neufeld RW, McKinnon MC, et al. The Dissociative Subtype of Posttraumatic Stress Disorder: Unique Resting-State Functional Connectivity of Basolateral and Centromedial Amygdala Complexes. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. sept 2015;40(10):2317-26.
47. Gold AL, Shin LM, Orr SP, Carson MA, Rauch SL, Macklin ML, et al. Decreased regional cerebral blood flow in medial prefrontal cortex during trauma-unrelated stressful imagery in Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*. déc 2011;41(12):2563-72.
48. Rabellino D, Tursich M, Frewen PA, Daniels JK, Densmore M, Théberge J, et al. Intrinsic Connectivity Networks in post-traumatic stress disorder during sub- and supraliminal processing of threat-related stimuli. *Acta Psychiatr Scand*. nov 2015;132(5):365-78.
49. Daniels JK, McFarlane AC, Bluhm RL, Moores KA, Clark CR, Shaw ME, et al. Switching between executive and default mode networks in posttraumatic stress disorder: alterations in functional connectivity. *J Psychiatry Neurosci JPN*. juill 2010;35(4):258-66.
50. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med*. 10 janv 2002;346(2):108-14.
51. Zannas AS, Provençal N, Binder EB. Epigenetics of Posttraumatic Stress Disorder: Current Evidence, Challenges, and Future Directions. *Biol Psychiatry*. 1 sept 2015;78(5):327-35.
52. Daskalakis NP, Lehrner A, Yehuda R. Endocrine aspects of post-traumatic stress disorder and implications for diagnosis and treatment. *Endocrinol Metab Clin North Am*. sept 2013;42(3):503-13.
53. Schelling G. Effects of stress hormones on traumatic memory formation and the development of posttraumatic stress disorder in critically ill patients. *Neurobiol Learn Mem*. nov 2002;78(3):596-609.
54. Delahanty DL, Nugent NR, Christopher NC, Walsh M. Initial urinary epinephrine and cortisol levels predict acute PTSD symptoms in child trauma victims. *Psychoneuroendocrinology*. févr 2005;30(2):121-8.
55. Zhou Y, Danbolt NC. Glutamate as a neurotransmitter in the healthy brain. *J Neural Transm Vienna Austria 1996*. août 2014;121(8):799-817.
56. Averill LA, Purohit P, Averill CL, Boesl MA, Krystal JH, Abdallah CG. Glutamate dysregulation and glutamatergic therapeutics for PTSD: Evidence from human studies. *Neurosci Lett*. 10 2017;649:147-55.

57. Nutt DJ. The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Suppl 5:24-9; discussion 30-32.
58. Geuze E, van Berckel BNM, Lammertsma AA, Boellaard R, de Kloet CS, Vermetten E, et al. Reduced GABAA benzodiazepine receptor binding in veterans with post-traumatic stress disorder. *Mol Psychiatry*. janv 2008;13(1):74-83, 3.
59. Afifi TO, Asmundson GJG, Taylor S, Jang KL. The role of genes and environment on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a review of twin studies. *Clin Psychol Rev*. févr 2010;30(1):101-12.
60. Stein MB, Jang KL, Taylor S, Vernon PA, Livesley WJ. Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study. *Am J Psychiatry*. oct 2002;159(10):1675-81.
61. Koenen KC, Duncan LE, Liberzon I, Ressler KJ. From candidate genes to genome-wide association: the challenges and promise of posttraumatic stress disorder genetic studies. *Biol Psychiatry*. 1 nov 2013;74(9):634-6.
62. Sartor CE, Grant JD, Lynskey MT, McCutcheon VV, Waldron M, Statham DJ, et al. Common heritable contributions to low-risk trauma, high-risk trauma, posttraumatic stress disorder, and major depression. *Arch Gen Psychiatry*. mars 2012;69(3):293-9.
63. Wolf EJ, Mitchell KS, Koenen KC, Miller MW. Combat exposure severity as a moderator of genetic and environmental liability to post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*. mai 2014;44(7):1499-509.
64. Binder EB, Bradley RG, Liu W, Epstein MP, Deveau TC, Mercer KB, et al. Association of FKBP5 polymorphisms and childhood abuse with risk of posttraumatic stress disorder symptoms in adults. *JAMA*. 19 mars 2008;299(11):1291-305.
65. Kolassa I-T, Kolassa S, Ertl V, Papassotiropoulos A, De Quervain DJ-F. The Risk of Posttraumatic Stress Disorder After Trauma Depends on Traumatic Load and the Catechol-O-Methyltransferase Val158Met Polymorphism. *Biol Psychiatry*. févr 2010;67(4):304-8.
66. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 18 juill 2003;301(5631):386-9.
67. Kornør H, Winje D, Ekeberg Ø, Weisaeth L, Kirkehei I, Johansen K, et al. Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 19 sept 2008;8:81.
68. Roque AP. Pharmacotherapy as prophylactic treatment of post-traumatic stress disorder: a review of the literature. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36(9):740-51.

69. [guide_medecin_troubles_anxieux.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf) [Internet]. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
70. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder [Internet]. 2018 [cité 22 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
71. HAS. Guide - Affection de longue durée - Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves [Internet]. 2007 [cité 6 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
72. Foa, E. B., Hembree, E. & Rothbaum, B. Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences, Therapist Guide. (Oxford University Press).
73. Traiter les psychotraumatismes. (Dunod, 2016).
74. McLean, C. P. & Foa, E. B. Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: a review of evidence and dissemination. *Expert Rev Neurother* 11, 1151–1163 (2011).
75. Kaczurkin, A. N. & Foa, E. B. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues Clin Neurosci* 17, 337–346 (2015).
76. Cusack, K. et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 43, 128–141 (2016).
77. Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J. & Foa, E. B. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 30, 635–641 (2010).
78. Shapiro, F. Manuel d'EMDR (Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires): Principes, protocoles, procédures. (InterEditions, 2007).
79. Schwabe, L., Nader, K. & Pruessner, J. C. Reconsolidation of human memory: brain mechanisms and clinical relevance. *Biol. Psychiatry* 76, 274–280 (2014).
80. Ipser JC, Stein DJ. Evidence-based pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Int J Neuropsychopharmacol.* juill 2012;15(6):825-40.
81. Davidson J, Rothbaum BO, Tucker P, Asnis G, Benattia I, Musgnung JJ. Venlafaxine extended release in posttraumatic stress disorder: a sertraline- and placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol.* juin 2006;26(3):259-67.
82. Davidson JRT, Weisler RH, Butterfield MI, Casat CD, Connor KM, Barnett S, et al. Mirtazapine vs. placebo in posttraumatic stress disorder: a pilot trial. *Biol Psychiatry.* 15 janv 2003;53(2):188-91.
83. Hertzberg MA, Butterfield MI, Feldman ME, Beckham JC, Sutherland SM, Connor KM, et al. A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.* 1 mai 1999;45(9):1226-9.

84. Davidson JRT, Brady K, Mellman TA, Stein MB, Pollack MH. The efficacy and tolerability of tiagabine in adult patients with post-traumatic stress disorder. *J Clin Psychopharmacol.* févr 2007;27(1):85-8.
85. Tucker P, Trautman RP, Wyatt DB, Thompson J, Wu S-C, Capece JA, et al. Efficacy and safety of topiramate monotherapy in civilian posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry.* févr 2007;68(2):201-6.
86. Butterfield MI, Becker ME, Connor KM, Sutherland S, Churchill LE, Davidson JR. Olanzapine in the treatment of post-traumatic stress disorder: a pilot study. *Int Clin Psychopharmacol.* juill 2001;16(4):197-203.
87. Stein MB, Kline NA, Matloff JL. Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry.* oct 2002;159(10):1777-9.
88. Padala PR, Madison J, Monnahan M, Marcil W, Price P, Ramaswamy S, et al. Risperidone monotherapy for post-traumatic stress disorder related to sexual assault and domestic abuse in women. *Int Clin Psychopharmacol.* sept 2006;21(5):275-80.
89. Krystal JH, Rosenheck RA, Cramer JA, Vessicchio JC, Jones KM, Vertrees JE, et al. Adjunctive risperidone treatment for antidepressant-resistant symptoms of chronic military service-related PTSD: a randomized trial. *JAMA.* 3 août 2011;306(5):493-502.
90. Taylor FB, Martin P, Thompson C, Williams J, Mellman TA, Gross C, et al. Prazosin effects on objective sleep measures and clinical symptoms in civilian trauma posttraumatic stress disorder: a placebo-controlled study. *Biol Psychiatry.* 15 mars 2008;63(6):629-32.
91. Raskind MA, Peskind ER, Kanter ED, Petrie EC, Radant A, Thompson CE, et al. Reduction of nightmares and other PTSD symptoms in combat veterans by prazosin: a placebo-controlled study. *Am J Psychiatry.* févr 2003;160(2):371-3.
92. Braun P, Greenberg D, Dasberg H, Lerer B. Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment. *J Clin Psychiatry.* juin 1990;51(6):236-8.
93. Cloos J-M, Ferreira V. Current use of benzodiazepines in anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry.* janv 2009;22(1):90-5.
94. Guina J, Rossetter SR, DeRHODES BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psychiatr Pract.* juill 2015;21(4):281-303.
95. Lempérière T. *Psychiatrie de l'adulte.* Paris: Masson; 2006.
96. MILIAN G. L'hypnose des batailles. *Paris Médical.* 1915:265–270.
97. Pierre-André Clastot. *Hypnose médicale et Stress Post-Traumatiques : revue de la littérature.* Médecine humaine et pathologie. 2013.
98. Braid J. *Neurypnology; or, The rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism.* London : J. Churchill; 1843.

99. Lakhdari S. Hypnose, hystérie, extase : de Charcot à Freud, Abstract. *Savoirs Clin.* (8):201-9.
100. Michaux D, Halfon Y, Wood C, Ivernois J-F d'. *Manuel d'hypnose.* 2007.
101. Weitzenhoffer AM. *The practice of hypnotism.* New York, N.Y: Wiley; 1989. 2 p. (Wiley series on personality processes).
102. Gay M-C. Les théories de l'hypnose. [Httpwwwem-Premiumcomwwwwezpbui-Montpellierfrdatarevues000344870165000905002635](http://www.em-premium.com/www.ezp.biu-montpellier.fr/data/revues/000344870165000905002635) [Internet]. 21 nov 2007 [cité 19 févr 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/www.ezp.biu-montpellier.fr/article/67085/resultatrecherche/8>
103. Green JP, Barabasz AF, Barrett D, Montgomery GH. Forging ahead: the 2003 APA Division 30 definition of hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn.* 2005;53(3):259–264.
104. Hilgard ER. *Hypnotic susceptibility.* Harcourt. New York: Brade and World; 1965.
105. Janet P. *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur le formes inférieurs de l'activité humaine.* Société Pierre Janet et laboratoire de la Sorbonne. Paris: De Boeck Supérieur; 1973.
106. Kihlstrom JF. Hypnosis: a sesquicentennial essay. *Int J Clin Exp Hypn.* 1992;40(4):301–314.
107. Gay M-C. L'hypnose : un descriptif. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. avr* 2007;165(3):172-9.
108. Michaux D. *Aspects expérimentaux et cliniques de l'Hypnose.* [Université Paris-Diderot - Paris VII,]; 1982.
109. Erickson MH, Rossi EL. *L'intégrale des articles d'Érickson sur l'hypnose.* Bruxelles: Éditions Satas; 1999.
110. Salem G, Bonvin É. *Soigner par l'hypnose: approches théoriques et cliniques.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2017.
111. Rager G. *Hypnose, sophrologie et médecine.* 1973. (Fayard).
112. Liothier J. *Pratique de thérapie brève type hypnose dans le postpartum précoce chez des mères présentant un trouble anxieux ou dépressif.* [Montpellier]: Université de Montpellier; 2018.
113. Jensen MP, Adachi T, Hakimian S. Brain Oscillations, Hypnosis, and Hypnotizability. *Am J Clin Hypn.* janv 2015;57(3):230-53.
114. Tebēcis AK, Provins KA, Farnbach RW, Pentony P. Hypnosis and the EEG. A quantitative investigation. *J Nerv Ment Dis.* juill 1975;161(1):1-17.
115. Egner T, Jamieson G, Gruzelier J. Hypnosis decouples cognitive control from conflict monitoring processes of the frontal lobe. *NeuroImage.* 1 oct 2005;27(4):969-78.

116. Blakemore S-J, Oakley DA, Frith CD. Delusions of alien control in the normal brain. *Neuropsychologia*. 2003;41(8):1058-67.
117. Cardeña E, Jönsson P, Terhune DB, Marcusson-Clavertz D. The neurophenomenology of neutral hypnosis. *Cortex J Devoted Study Nerv Syst Behav*. févr 2013;49(2):375-85.
118. Connors MH, Barnier AJ, Coltheart M, Langdon R, Cox RE, Rivolta D, et al. Using hypnosis to disrupt face processing: mirrored-self misidentification delusion and different visual media. *Front Hum Neurosci*. 2014;8:361.
119. Horton JE, Crawford HJ, Harrington G, Downs JH. Increased anterior corpus callosum size associated positively with hypnotizability and the ability to control pain. *Brain J Neurol*. août 2004;127(Pt 8):1741-7.
120. Hoeft F, Gabrieli JDE, Whitfield-Gabrieli S, Haas BW, Bammer R, Menon V, et al. Functional brain basis of hypnotizability. *Arch Gen Psychiatry*. oct 2012;69(10):1064-72.
121. Huber A. The role of motivational factors in the relationship between hypnotizability and pain-inducing imagery. *Neurosci Lett*. 17 déc 2013;557 Pt B:181-3.
122. Derbyshire SWG, Whalley MG, Oakley DA. Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion: an fMRI analysis. *Eur J Pain Lond Engl*. mai 2009;13(5):542-50.
123. McGeown WJ, Venneri A, Kirsch I, Nocetti L, Roberts K, Foan L, et al. Suggested visual hallucination without hypnosis enhances activity in visual areas of the brain. *Conscious Cogn*. mars 2012;21(1):100-16.
124. Deeley Q, Oakley DA, Toone B, Giampietro V, Brammer MJ, Williams SCR, et al. Modulating the default mode network using hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn*. 2012;60(2):206-28.
125. Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH, Price DD. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *J Cogn Neurosci*. 15 août 2002;14(6):887-901.
126. Shi M-M, Piao J-H, Xu X-L, Zhu L, Yang L, Lin F-L, et al. Chinese medicines with sedative-hypnotic effects and their active components. *Sleep Med Rev*. 2016;29:108-18.
127. Lynn SJ, Laurence J-R, Kirsch I. Hypnosis, suggestion, and suggestibility: an integrative model. *Am J Clin Hypn*. janv 2015;57(3):314-29.
128. Cardeña E. The phenomenology of deep hypnosis: quiescent and physically active. *Int J Clin Exp Hypn*. janv 2005;53(1):37-59.
129. Pekala, R. J., & Kumar, V.K. (2007). An empirical-phenomenological approach to quantifying consciousness and states of consciousness: With particular reference to understanding the nature of hypnosis. In G. A. Jamieson (Ed.), *Hypnosis and conscious states: The cognitive neuroscience perspective* (pp. 167-194). New York, NY, US: Oxford University Press.

130. Oakley DA, Halligan PW. Hypnotic suggestion: opportunities for cognitive neuroscience. *Nat Rev Neurosci.* 2013;14(8):565-76.
131. Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science.* 15 août 1997;277(5328):968-71.
132. Raz A, Fan J, Posner MI. Hypnotic suggestion reduces conflict in the human brain. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 12 juill 2005;102(28):9978-83.
133. Landry M, Lifshitz M, Raz A. Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. *Neurosci Biobehav Rev.* oct 2017;81(Pt A):75-98.
134. INSERM. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. 2015.
135. Chabridon G, Nekrouf N, Bioy A. État des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français. *L'Encéphale.* oct 2017;43(5):498-501.
136. Kéké Mahoumizion L. Hypnose et gestion du risque éthico-juridique : contribution à une revue de littérature. 2014;
137. Ernst E. Médecines alternatives: le guide critique. Paris: Elsevier; 2005.
138. Fareng M. Apports de l'hypnose dans les traumatismes psychiques. [Paris]: Université Paris 8; 2014.
139. Brown RJ. Different types of « dissociation » have different psychological mechanisms. *J Trauma Dissociation Off J Int Soc Study Dissociation ISSD.* 2006;7(4):7-28.
140. Phillips M, Frederick C. Healing the divided self: clinical and Ericksonian hypnotherapy for post-traumatic and dissociative conditions. 1st ed. New York: W.W. Norton & Co; 1995. 371 p.
141. Halfon, Y. (2006). La dissociation en hypnose. Dans D. Michaux, *Hypnose et dissociation psychique* (p.120-133). Paris : Imago.
142. Bremner, J.D., Krystal, J., Charney, D. & Southwick, S. (1996). Neural mechanisms in dissociative amnesia for childhood abuse: relevance to the current controversy surrounding the « false memory syndrome ». *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 71-82.
143. Villien, P. (2006). Sens et intérêt de l'intervention hypnotique dans les états psychotraumatiques. Dans D. Michaux, *Hypnose et dissociation psychique*. Paris : Imago.
144. Butler, L. D., Duran, R. E. F., Jasiukaitis, P., Koopman, C. & Spiegel, D. (1996). Hypnotizability and traumatic experience: a diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *American journal of psychiatry*, 153, 41-63.
145. Smaga, D. (2003). L'hypnose quelle place dans le traitement des syndromes psychotraumatiques? *Stress et trauma*, 3(1), 39-45.

146. Vermetten, E. and Bremner, J. D. (2004). Functional Brain Imaging and the Induction of Traumatic Recall : A Cross-Correlational Review Between Neuroimaging And 341 Hypnosis, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(3), 280- 312.
147. Kédia, M. (2009). La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. *L'évolution psychiatrique*, 74, 487–496.
148. Bryant, R. A., Guthrie, R. M., Moulds, M. L., Nixon, R. D. V. & Felmingham, K. (2003) Hypnotizability and Posttraumatic Stress Disorder : A Prospective Study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(4), 382-389.
149. DuHamel, K. N., Difede, J., Foley, F., & Greenleaf, M. (2002). Hypnotizability and trauma symptoms after burn injury. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50, 33–50.
150. Keuroghlian, A. S., Butler, L. D., Neri, E. & Spiegel, D. (2010). Hypnotizability, posttraumatic stress and depressive symptoms in metastatic breast cancer. *Journal of clinical and experimental hypnosis*, 58(1), 39-52.
151. Bremner, J.D. (2010). Cognitive processes in dissociation : comment on Giesbrecht et al. (2008). *Psychological bulletin*, 136(1), 1-6.
152. Beere, D. B., Simon, M. J. & Welch, K. (2001). Recommendations and illustrations for combining hypnosis and EMDR in the treatment of psychological trauma. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3), 217-231.
153. Lynn, S. J. & Cardeña, E. (2007). Hypnosis and the treatment of posttraumatic conditions : an evidence-based approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 167-188.
154. Robertson, D. (2012). *The Practice of Cognitive-Behavioural Hypnotherapy: A Manual for Evidence- based clinical hypnosis*. London : Karnac.
155. Yard, S.S., Duhamel, K.N. & Galynker, I.I. (2008). Hypnotizability as a potential Risk Factor for Posttraumatic Stress : A Review of Quantitative Studies. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 334-356.
156. Lynn, S. J. & Shindler, K. (2002). The role of hypnotizability assessment in treatment. *American journal of hypnosis*, 44(3-4), 185-197.
157. Benhaiem, J. M. (2003). Les applications de l'hypnose dans la douleur aiguë induite par les soins. Repéré à <http://www.cnr.fr/Les-applications-de-l-hypnose-dans.html>.
158. Gay, M. C. (2007a). Les théories de l'hypnose. *Annales Médico Psychologiques*, 165, 623-630.
159. Shakibaei, F., Harandi, A.A., Gholamrezaei, A., Samoei, R. & Salehi, P. (2008). Hypnotherapy in management of pain and experiencing of trauma in burn patients. *International journal of clinical and experimental hypnosis*, 56(2), 185-197.

160. Tiffen, K. (2008). "I've never felt like that before" hypnosis for sleep problems and depression in a 10year old boy. *Australian journal of clinical and experimental hypnosis*, 36(1), 41-49.
161. Petot, J.M . (2006). L'hypnose et l'alliance thérapeutique : intérêt et limites de l'utilisation de l'hypnose en thérapie cognitive. Dans D. Michaux, *Hypnose et dissociation psychique* (p. 303-318). Paris : Imago.
162. Edgette, J. H. & Edgette, J. D. (1995). *The handbook of hypnotic phenomena in psychotherapy*. New York : Brunner/Mazel.
163. Mollon, P. (1996). *Multiple selves, multiple voices: working with trauma, violation and dissociation*. NY : Wiley and sons.
164. Villien, P. (2006). Sens et intérêt de l'intervention hypnotique dans les états psychotraumatiques. Dans D. Michaux, *Hypnose et dissociation psychique*. Paris : Imago.
165. Diseth, T.H. & Christie, H.J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents, an overview of assessment tools and treatment principles. *Nord J Psychiatry*, 59, 278-292.
166. Barabasz, A. F., Barabasz, M. & Watkins, J. G. (2011). Single-session manualized ego state therapy (EST) for combat stress injury, PTSD, and ASD, Part 1 : the theory. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(4), 379-391.
167. Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 5(5), 401-8.
168. Van Loey, C. (2009). *Du microtraumatisme à la guérison*. Paris : Dangles.
169. Williams, M.B. & Sommer, J.F. (1994). *Handbook of post-traumatic therapy*. Connecticut London : Greenwood press Westport.
170. Meyer-Bisch, B. (2006). Utilisation thérapeutique de la dissociation provoquée yeux ouverts. Dans D. Michaux, *Hypnose et dissociation psychique* (p. 240-248). Paris : Imago.
171. Celinski, M. J. & Gow, K. M. (2005). Trauma clients: how understanding disintegration can help to restore resourcefulness of the self. *Australian journal of clinical and experimental hypnosis*, 33(2), 195-217.
172. Cheveau, C. (2006). Traiter la dissociation par la dissociation : l'hypnose dans le traitement du syndrome psychotraumatique. Dans D. Michaux, *Hypnose et dissociation psychique* (p. 293-299). Paris : Imago.
173. Erickson, M. H. & Rossi, E. L. (1992). *Experiencing hypnosis: therapeutic approaches to altered states*. NY : Irvington publishers.
174. Foa, E. B., Hembree, E.A. & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD*. NY : Oxford University Press.

175. Paddison, P. (1993). *Treatment of adult survivors of incest*. Washington : American psychiatric press.
176. Hollander, H. E. & Bender, S. S. (2001). ACEM (Eye Closure Eye Movements): integrating aspects of EMDR with hypnosis for treatment of trauma. *American journal of clinical hypnosis*, 43(3-4), 187-202.
177. Steele, K. & Van der Hart, O. (2009). Treating dissociation. Dans C.A. Courtois & J.D. Ford, *Treating complex traumatic stress disorders : an evidence-based guide* (p. 145- 165). Ed : Guilford Pres.
178. Phillips, M. & Frederick, C. (1995). *Healing the divided self, clinical and ericksonian hypnotherapy for post-traumatic and dissociative conditions*. NY : W.W. Norton.
179. Halfon, Y. (2010, novembre). *Dissociation et réassociation en hypnose, séminaire présenté à l'Institut Français d'Hypnose, Paris*.
180. Dolan, Y. (1991). *Resolving sexual abuse, solution-focused therapy and ericksonian hypnosis for adult survivors*. NY : W.W. Norton & Company Inc.
181. Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive behavioral psychotherapy : a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63, 214-220.
182. Smaga, D., Cheseaux, N., Forster, A., Rentsch, D., De Tonnac, N., Colombo, S. (2010). L' hypnose et les troubles anxieux. *Rev Med Suisse*, 6, 330-333.
183. Nolan, M. (2008). Hypnosis to enhance time limited cognitive-behaviour therapy for anxiety. *Australian journal of clinical and experimental hypnosis*, 36(1), 30-40.
184. Stanley, R., Norman, T. & Burrows, G. (2001). Hypnosis in the management of stress and anxiety disorders. Dans G. Burrows, R. Stanley & P. Bloom, *International handbook of clinical hypnosis* (p. 117-131). Ed Wiley.
185. Kraft, T. & Kraft, D. (2006). The place of hypnosis in psychiatry: its application in treating anxiety disorders and sleep disturbances. *Australian journal of clinical and experimental hypnosis*, 34(2), 187-203.
186. Lopez, G. (2012). Trouble de la personnalité, littéralité et transfert traumatique. Dans M. Kédia, J. Vanderlinden & G. Lopez, *Dissociation et mémoire traumatique* (p. 107- 125). Paris : Dunod.
187. Mc Cann, B. S. & Landes, S.J. (2010). Hypnosis in the treatment of depression: considerations in research, design and methods. *International journal of clinical and experimental hypnosis*, 58(2), 147-164.
188. Lynn, S. J., Barnes, S., Deming, A., Accardi, M. (2010). Rumination and depression: catalyzing attention and mindfulness based treatments. *International journal of clinical and experimental hypnosis*, 58(2), 202-221.

189. Burrows, G. & Boughton, S. (2001). Hypnosis and depression. In G. Burrows, R. Stanley & P. Bloom, *International handbook of clinical hypnosis* (p. 132-145). Wiley and son.
190. Rosenthal, R. J., Rinzler, C., Wallsh, R. & Klausner, E. (1972). Wrist-cutting syndrome: the meaning of the gesture. *Am J Psychiatry*, 128, 47-52.
191. Stanley, R. & Burrows, G. (2001). Hypnotic interventions in the treatment of sexual dysfunctions. Dans G. Burrows, R. Stanley & P. Bloom, *International handbook of clinical hypnosis* (p. 233-246). Wiley and son.
192. Lemke, W. (2005). Utilizing hypnosis and ego-state therapy to facilitate healthy adaptative differentiation in the treatment of sexual disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(3), 179-189.
193. Kraft, T. & Kraft, D. (2007). The place of hypnosis in psychiatry, part 2 : its application to the treatment of sexual disorders. *Australian journal of clinical and experimental hypnosis*, 35(1), 1-18.
194. Abramowitz, E.G., Barak, Y., Ben-Avi, I. & Knobler, H.Y. (2008). Hypnotherapy in the Treatment of Chronic Combat-Related PTSD Patients Suffering From Insomnia : A Randomized, Zolpidem-Controlled Clinical Trial International. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 270-280.
195. Donatone, B. (2006). Hypnotic imagery rehearsal in the treatment of nightmares : a case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(2), 123-127.
196. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry*. 1 janv 1997;12(5):232-41.
197. Williams JB, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Borus J, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry*. août 1992;49(8):630-6.
198. Maffei C, Fossati A, Agostoni I, Barraco A, Bagnato M, Deborah D, et al. Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *J Personal Disord*. 1997;11(3):279-84.
199. Carlson EB, Putnam FW, Ross CA, Torem M, Coons P, Dill DL, et al. Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *Am J Psychiatry*. juill 1993;150(7):1030-6.
200. Ramanaiah NV, Franzen M, Schill T. A psychometric study of the State-Trait Anxiety Inventory. *J Pers Assess*. oct 1983;47(5):531-5.
201. Guillén-Riquelme A, Buela-Casal G. [Psychometric revision and differential item functioning in the State Trait Anxiety Inventory (STAI)]. *Psicothema*. août 2011;23(3):510-5.

202. Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1974;7(0):151-69.
203. Ait-Aoudia M, Levy PP, Bui E, Insana S, de Fouchier C, Germain A, et al. Validation of the French version of the Pittsburgh Sleep Quality Index Addendum for posttraumatic stress disorder. *Eur J Psychotraumatology*. 2013;4.
204. Insana SP, Hall M, Buysse DJ, Germain A. Validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index Addendum for posttraumatic stress disorder (PSQI-A) in U.S. male military veterans. *J Trauma Stress*. avr 2013;26(2):192-200.
205. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. août 1994;151(8):1132-6.
206. Paquette D, Laporte L, Bigras M, Zoccolillo M. [Validation of the French version of the CTQ and prevalence of the history of maltreatment]. *Sante Ment Que*. 2004;29(1):201-20.
207. Baumann C, Erpelding M-L, Régat S, Collin J-F, Briançon S. The WHOQOL-BREF questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions. *Rev Epidemiol Sante Publique*. févr 2010;58(1):33-9.
208. O'Toole SK, Solomon SL, Bergdahl SA. A Meta-Analysis of Hypnotherapeutic Techniques in the Treatment of PTSD Symptoms. *J Trauma Stress*. févr 2016;29(1):97-100.
209. Rotaru T-Ştefan, Rusu A. A Meta-Analysis for the Efficacy of Hypnotherapy in Alleviating PTSD Symptoms. *Int J Clin Exp Hypn*. 2016;64(1):116-36.

VIII. Annexes

A. Classifications

1. DSM-5

TSPT

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave, ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événement(s) traumatique(s).
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.

3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.

4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex., intervenants de première ligne rassemblant des restes humains ; policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N. B. : Le Critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, la télévision, des films, ou des images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événement(s) traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événement(s) traumatique(s) en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événement(s) traumatique(s) provoquant un sentiment de détresse.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à (aux) l'événement(s) traumatique(s).

3. Réactions dissociatives (p. ex., flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement).

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événement(s) traumatique(s) en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événement(s) traumatique(s) en cause.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événement(s) traumatique(s), débutant après la survenue du ou des événement(s) traumatique(s), comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées, ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événement(s) traumatique(s) et provoquant un sentiment de détresse.

2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées, ou des sentiments associés à un ou plusieurs événement(s) traumatique(s) et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associés à un ou plusieurs événement(s) traumatique(s), débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événement(s) traumatique(s), comme en témoignent deux (ou plusieurs) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool, ou des drogues).

2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes, ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit à jamais »).

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4. État émotionnel négatif persistant (p. ex., crainte, horreur, colère, culpabilité, ou honte).

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex., incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction, ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événement(s) traumatique(s), débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événement (s) traumatique(s), comme en témoignent deux (ou plusieurs) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
 3. Hyper-vigilance.
 4. Réaction de sursaut exagérée.
 5. Problèmes de concentration.
 6. Perturbation du sommeil (p. ex., difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., un médicament, l'alcool) ou une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : les symptômes présentés par la personne répondent aux critères d'un TSPT ; de plus et en réponse au facteur de stress, la personne éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps. (p. ex., sentiment d'être dans un rêve ; sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
2. Déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex., le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N. B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., période d'amnésie [blackouts], manifestations

comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex., épilepsie partielle complexe).

Spécifier le type :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

2. CIM-10

État de stress post-traumatique

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposant, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable d'anesthésie psychique" et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neurovégétatif, avec hyper vigilance, état de qui-vive" et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0).

B. Questionnaires

1. Hétéroquestionnaires

a) *MINI : Mini-entretien Neuropsychiatrique International*

M.I.N.I.

MINI-ENTRETIEN NEUROPSYCHIATRIQUE INTERNATIONAL

French for France Translation Version 7.0.0

POUR

LE DSM-5

© Copyright 1992-2015 Sheehan DV.

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ou transmis, quelle que soit la forme, y compris les photocopies, ni stocké sur système informatique sans une autorisation écrite préalable du Dr. Sheehan. Les chercheurs, cliniciens et étudiants indépendants travaillant dans des structures publiques ou à but non lucratif (comme les universités, les hôpitaux, les institutions gouvernementales) peuvent faire de simples copies papier du M.I.N.I. afin de l'utiliser dans le cadre strict de leurs activités cliniques et de recherche **personnelles**, et **non** institutionnelles. Toute utilisation du M.I.N.I. donnant lieu à un gain financier est soumise à la signature d'un accord de licence avec l'auteur et au paiement de frais d'utilisation.

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Notre objectif est d'aider à l'évaluation et au dépistage des patients avec davantage d'efficacité et de précision. Avant toute exploitation, les données recueillies et traitées par ce programme doivent être revues et interprétées par un clinicien diplômé.

Ce programme n'est pas conçu pour, ni ne vise à remplacer une évaluation médicale et psychiatrique complète par un médecin-psychiatre diplômé compétent. Il vise seulement à être un outil pour faciliter le recueil précis et le traitement adéquat de données sur des symptômes mis en évidence par un personnel formé. Ceci n'est pas un test diagnostique.

b) CAPS: Clinical-Administred Post traumatic stress disorder
Scale DSM

	<i>Numéro du patient</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>Initiales du patient</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>Date de la visite</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>jour</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>mois</i>
--	---	---	---

ECHELLE D'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE POUR LE DSM-IV

ADMINISTREE EN CLINIQUE

**Version française de Clinical-administred Post Traumatic Stress Disorder Scale
(CAPS)**

Version : Diagnostic actuel

CAPS

*Dudley D. Blake, Frank W. Weathers, Linda M. Nagy,
Danny G. Kaloupek, Dennis S. Charney et Terence M. Keane*

National Center for Posttraumatic Stress Disorder

*Behavioral Science Division – Boston VA Medical Center
Neurosciences Division – West Heaven VA Medical Center*

Révisée en janvier 1997

CAPS 1 - LISTE DE POINTAGE DES événements MARQUANTS - Page 1

Voici une liste de situations difficiles ou stressantes qu'une personne peut avoir à subir. Pour chaque événement, veuillez cocher une ou plusieurs cases de droite pour indiquer que : (a) vous avez **personnellement** vécu une telle situation ; (b) vous **avez été témoin** d'une telle situation vécue par une autre personne ; (c) vous **avez appris** qu'une telle situation était arrivée à l'un de vos proches ; (d) cela **ne s'applique** à vous.

<i>Événement</i>	<i>Cela m'est arrivé</i>	<i>J'en ai été témoin</i>	<i>Je l'ai appris</i>	<i>Cela ne s'applique Pas à moi</i>
1. Catastrophe naturelle (inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre, etc.)				
2. Incendie ou explosion				
3. Accident (accident de voiture ou de bateau, déraillement de train, écrasement d'avion)				
4. Accident grave au travail, au domicile ou pendant des occupations de loisirs.				
5. Exposition à une substance toxique (produits chimiques dangereux, radiations, etc. .)				
6. Agression physique (avoir été attaqué, frappé, poignardé, battu, reçu des coups de pieds, etc.)				
7. Attaque à main armée (avoir été blessé par arme à feu ou arme tranchante, avoir été menacé avec un couteau, une arme à feu ou une bombe, etc.)				
8. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, être obligé d'accomplir tout acte sexuel par la force ou sous des menaces).				
9. Autre expérience sexuelle non désirée et désagréable				
10. Participation à un combat ou présence dans une zone de guerre (dans l'armée ou comme civil).				
11. Captivité (avoir été kidnappé, enlevé, pris en otage, incarcéré comme prisonnier de guerre, etc.).				
12. Maladie ou blessure mettant la vie en danger				
13. Souffrances humaines intenses				
14. Mort violente (homicide, suicide, etc.).				
15. Mort subite et inattendue d'un proche				
16. Blessure grave, dommage ou mort causé par vous à quelqu'un.				
17. Toute autre situation ou expérience très stressante Préciser.....				

Critère A. La personne a été exposée à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

1. La personne a subi, a été témoin ou confrontée à un ou plusieurs événements pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou de blessure grave, ou représenter des menaces pour sa propre intégrité physique ou celle d'autres personnes
2. La personne a réagi par une peur intense, un sentiment de désespoir ou d'horreur. N.B. Chez les enfants, la réaction peut plutôt s'exprimer par un comportement désorganisé ou agité.

Je vais maintenant vous poser des questions à propos de certaines situations difficiles ou stressantes qui surviennent parfois chez certaines personnes. En voici quelques exemples : voir ou subir un accident grave, un incendie, un ouragan ou un tremblement de terre : être agressé, battu ou attaqué avec une arme ; être forcé d'accomplir des actes sexuels contre son gré. Je vais d'abord vous demander de prendre connaissance de la liste de telles situations et de cocher celles qui s'appliquent dans votre cas. Ensuite, si l'une de ces situations s'applique à vous, je vais vous demander de m'expliquer brièvement ce qui s'est passé et ce que vous avez ressenti au moment où c'est arrivé.

Il peut être pénible de se rappeler certaines de ces situations qui peuvent rappeler des souvenirs désagréables ou des sentiments douloureux. En parler soulage certaines personnes, mais c'est à vous de décider de ce que vous voulez me dire. Au cours de notre entretien, si vous vous sentez bouleversé(e), dites-le moi et nous pourrons faire une pause pour en parler. Si vous avez des questions à poser ou s'il y a quelque chose que vous ne comprenez pas très bien, veuillez me le dire. Avez-vous des questions à poser avant que nous commençons ?

Donner la check-list, puis explorer jusqu'à trois événements en interrogeant la personne. Si plus de trois événements sont cochés comme pertinents, déterminer les trois événements à explorer (p. ex., le premier, le pire et le plus récent des événements ; les trois pires événements ; le traumatisme qui peut être d'intérêt et les deux autres parmi les événements les plus graves,

Des événements particuliers sont-ils cochés comme pertinents sur la page précédente?

Oui ➔ Si « oui », remplir la feuille du premier événement et procéder à l'interrogation.

Non ➔ Si « non », poser la question : « Avez-vous déjà été menacé(e) de mort ou de blessure grave, même si vous n'avez pas réellement été blessé(e) ou n'avez pas subi de dommage ?

Oui ➔ Si « oui », remplir la feuille du premier événement et procéder à l'interrogation.

Non ➔ Si « non », poser la question suivante : « Avez-vous déjà été témoin d'une telle situation vécue par quelqu'un ou avez-vous appris que c'était arrivé à l'un de vos proches ?

Oui ➔ Si « oui », remplir la feuille du premier événement et procéder à l'interrogation.

Non ➔ Si « non », le patient n'est pas admissible à l'essai.

Premier événement

Description de l'événement	
<p>Que s'est-il passé ?</p> <p>Quel âge aviez-vous ? Qui d'autre était impliqué ? Combien de fois est-ce arrivé ? Y-a-t-il eu menace de mort. ? Des blessures graves ?</p>	Description (sorte d'événement, victime, auteur de l'acte, âge, fréquence).
<p>Comment avez-vous réagi sur le plan émotif ?</p> <p>(Etiez-vous très anxieux ou aviez-vous très peur ? Horrifié ? Un sentiment de désespoir ? Jusqu'à quel point ? Etiez-vous tellement abasourdi(e) ou en état de choc que vous n'avez rien ressenti ? Comment était-ce ? Comment les autres ont-ils perçu votre réaction émotive ? Et après cet événement, comment avez-vous réagi sur le plan émotif ?)</p>	

A1	Oui	Non	Soi	Autrui
Menace de Mort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessure grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menace pour l'intégrité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2	Oui	Non	Durant	Après
Peur intense, désespoir ou horreur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Le sujet satisfait-il au critère A ? (Le sujet satisfait au critère A si la réponse est « oui » à au moins une question de A1 et « oui » pour A2). Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>

Deuxième événement

Description de l'événement	
Que s'est-il passé ? Quel âge aviez-vous ? Qui d'autre était impliqué ? Combien de fois est-ce arrivé ? Y-a-t-il eu menace de mort. ? Des blessures graves ?	Description (sorte d'événement, victime, auteur de l'acte, âge, fréquence).
Comment avez-vous réagi sur le plan émotif ? (Etiez-vous très anxieux ou aviez-vous très peur ? Horrifié ? Un sentiment de désespoir ? Jusqu'à quel point ? Etiez-vous tellement abasourdi(e) ou en état de choc que vous n'avez rien ressenti ? Comment était-ce ? Comment les autres ont-ils perçu votre réaction émotive ? Et après cet événement, comment avez-vous réagi sur le plan émotif ?)	

A1	Oui	Non	Soi	Autrui
Menace de Mort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessure grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menace pour l'intégrité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2	Oui	Non	Durant	Après
Peur intense, désespoir ou horreur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le sujet satisfait-il au critère A ? (Le sujet satisfait au critère A si la réponse est « oui » à au moins une question de A1 et « oui » pour A2). Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--

Troisième événement

Description de l'événement	
Que s'est-il passé ? Quel âge aviez-vous ? Qui d'autre était impliqué ? Combien de fois est-ce arrivé ? Y-a-t-il eu menace de mort. ? Des blessures graves ?	Description (sorte d'événement, victime, auteur de l'acte, âge, fréquence).
Comment avez-vous réagi sur le plan émotif ? (Etiez-vous très anxieux ou aviez-vous très peur ? Horrifié ? Un sentiment de désespoir ? Jusqu'à quel point ? Etiez-vous tellement abasourdi(e) ou en état de choc que vous n'avez rien ressenti ? Comment était-ce ? Comment les autres ont-ils perçu votre réaction émotive ? Et après cet événement, comment avez-vous réagi sur le plan émotif ?)	

A1	Oui	Non	Soi	Autrui
Menace de Mort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessure grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menace pour l'intégrité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2	Oui	Non	Durant	Après
Peur intense, désespoir ou horreur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Le sujet satisfait-il au critère A ? (Le sujet satisfait au critère A si la réponse est « oui » à au moins une question de A1 et « oui » pour A2).</p> <p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Non <input type="checkbox"/></p>
--

Pendant le reste de notre entretien, veuillez garder ces événements présents à l'esprit lorsque je vous proposerai certaines questions sur la manière dont ils peuvent vous avoir affecté(e).

Je vais vous poser vingt-cinq questions en tout. La plupart de ces questions comprennent deux parties. Je vous demanderai d'abord si vous avez ressenti tel trouble en particulier et, si oui, combien de fois le mois dernier. Puis, je vous demanderai dans quelle mesure il vous a bouleversé(e) ou dérangé(e).

Critère B. L'événement traumatique est revécu de manière persistante de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes :

1. (B1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, accompagnés d'images, de pensées ou de perceptions.

N.B. Chez les jeunes enfants, le jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme peut survenir.

Fréquence

Vous est-il arrivé que des souvenirs de l'événement vous reviennent sans le vouloir ? Quel genre de souvenirs ? De quoi vous êtes-vous rappelé ? Ces souvenirs sont-ils revenus quand vous étiez éveillé(e) ou seulement en rêve ? (À exclure lorsque les souvenirs de l'événement ne reviennent qu'en rêve). **Combien de fois avez-vous eu de tels souvenirs au cours du mois dernier ?**

- 0. Jamais
- 1. Une ou deux fois
- 2. Une ou deux fois par semaine
- 3. Plusieurs fois par semaine
- 4. Tous les jours ou presque

Description/Exemples

Intensité

Dans quelle mesure ces souvenirs vous ont-ils bouleversé(e) ou dérangé(e) ? Avez-vous pu les chasser de votre esprit et penser à autre chose ? (Cela a-t-il été difficile ?). **Dans quelle mesure vous ont-ils gêné(e) dans votre vie ?**

- 0. Nullement
- 1. Légèrement ; peu de souffrance psychologique ou de perturbation dans ses activités
- 2. Modérément ; souffrance nettement présente, mais supportable ; quelques perturbations dans ses activités
- 3. Sévère ; souffrance considérable, difficulté à chasser les souvenirs, perturbations marquée dans ses activités
- 4. Extrême ; souffrance incapacitante, impossibilité de chasser les souvenirs, incapable de poursuivre ses activités

2. (B2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de souffrance.

N.B. Les jeunes enfants peuvent avoir des rêves effrayants sans en reconnaître le contenu.

Fréquence

*Avez-vous déjà eu des rêves pénibles à propos de l'événement ? Racontez-moi un rêve typique (Qu'arrive-t-il dans ces rêves ?) . **Combien de fois avez-vous eu de tels rêves au cours du mois dernier ?***

- 0. Jamais
- 1. Une ou deux fois
- 2. Une ou deux fois par semaine
- 3. Plusieurs fois par semaine
- 4. Tous les jours ou presque

Description/Exemples

Intensité

Dans quelle mesure ces rêves vous ont-ils bouleversé(e) ou dérangé(e) ? Est-il arrivé qu'ils vous réveillent ? (Si oui, qu'est-il arrivé lorsque vous vous êtes réveillé(e) ? Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous rendormir ?). (Etre à l'écoute de toute indication d'éveil anxieux, de cris, de mise en acte du cauchemar). Vos rêves ont-ils déjà affecté une autre personne ? De quelle façon ?

- 0. Pas du tout.
- 1. Légèrement ; peu de souffrance psychologique, peut ne pas être réveillé(e)
- 2. Modérément ; s'est réveillé(e) en état de souffrance, mais s'est rendormi(e) facilement
- 3. Sévèrement ; souffrance considérable, difficulté à se rendormir
- 4. Extrêmement ; souffrance incapacitante, ne s'est pas rendormi(e)

2. (B3) Agir ou se sentir comme si l'événement se reproduisait à ce moment-là (incluant l'impression de revoir l'événement, des illusions, des hallucinations et des épisodes dissociatifs avec flash-back (rappel d'images), y compris ceux qui surviennent au réveil ou en état d'intoxication). N.B. Les jeunes enfants peuvent se comporter comme s'ils revivaient l'événement traumatique.

Fréquence

Avez-vous déjà soudainement agi ou vous êtes-vous senti(e) comme si l'événement survenait à nouveau ? (Des images de l'événement vous sont-elles soudainement réapparues ? Quand vous étiez éveillé(e) ou seulement en rêve ? (À exclure si elles ne sont revenues qu'en rêve).

Expliquez-moi un peu ce qui se passe dans ces cas ? . Combien de fois est-ce arrivé au cours du mois dernier ?

- 0. Jamais
- 1. Une ou deux fois
- 2. Une ou deux fois par semaine
- 3. Plusieurs fois par semaine
- 4. Tous les jours ou presque

Description/Exemples

Intensité

Jusqu'à quel point cela semblait-il comme si l'événement survenait à nouveau ? (Ne saviez-vous plus très bien où vous étiez ni ce que vous faisiez ?) Combien de temps cela a-t-il duré ? Qu'avez-vous fait pendant ce temps ? (D'autres personnes ont-elles remarqué votre comportement ? Qu'ont-elles dit ?)

- 0. Événement non revécu.
- 1. Légèrement ; impression un peu plus réaliste que le simple fait de penser à l'événement
- 2. Modérément ; état dissociatif présent, mais passager ; très conscient(e) de l'endroit où il/elle se trouvait ; genre de rêve à l'état éveillé
- 3. Sévèrement ;; état fortement dissociatif (dit voir des images, entendre des bruits ou sentir des odeurs), tout en restant un peu conscient(e) de l'endroit où il/elle se trouvait
- 4. Extrêmement ; état complètement dissociatif (flash-back), inconscience de l'endroit où il/elle se trouvait, peut être insensible, amnésie possible de l'épisode (black-out)

2. (B4) Souffrance psychologique intense quand la personne est exposée à des événements déclenchant qui ressemblent à un aspect de l'événement traumatique ou le symbolisant.

Fréquence

*Avez-vous déjà été bouleversé(e) lorsque quelque chose a rappelé l'événement ? (Vous est-il déjà arrivé que quelque chose déclenche chez vous des sentiments pénibles reliés à l'événement ?). Quels genres de choses vous ont rappelé l'événement et bouleversé(e) ?. **Combien de fois est-ce arrivé au cours du mois dernier ?***

- 0. Jamais
- 1. Une ou deux fois
- 2. Une ou deux fois par semaine
- 3. Plusieurs fois par semaine
- 4. Tous les jours ou presque

Description/Exemples

Intensité

Dans quelle mesure ces rappels vous ont-ils bouleversé(e) ou dérangé(e) ? Combien de temps ont-ils duré ? Dans quelle mesure vous ont-ils gêné(e) dans votre vie ?

- 0. Nullement.
- 1. Légèrement ; peu de souffrance psychologique ou de perturbation dans ses activités
- 2. Modérément ; souffrance nettement présente, mais supportable ; quelques perturbations dans ses activités
- 3. Sévèrement ;; souffrance considérable, perturbation marquée dans ses activités
- 4. Extrêmement ; souffrance incapacitante, incapable de poursuivre ses activités

2. (B5) Réactivité physiologique quand la personne est exposée à des événements déclenchant, internes ou externes, qui ressemblent à un aspect de l'événement traumatique ou le symbolisent.

Fréquence

Avez-vous déjà eu des réactions physiques lorsque quelque chose vous a rappelé l'événement ? (Votre corps a-t-il réagi d'une certaine façon lorsque quelque chose vous a rappelé l'événement ?). Pouvez-vous m'en donner des exemples ? (Votre cœur s'est-il mis à battre plus fort ou votre rythme de respiration a-t-il changé ? Avez-vous transpiré, êtes-vous devenu(e) très tendu(e) ou vous êtes-vous mis(e) à trembler ? Quels types de souvenirs déclenchent de telles réactions ?
Combien de fois est-ce arrivé au cours du mois dernier ?

- 0. Jamais
- 1. Une ou deux fois
- 2. Une ou deux fois par semaine
- 3. Plusieurs fois par semaine
- 4. Tous les jours ou presque

Description/Exemples

Intensité

Dans quelle mesure ces réactions physiques étaient-elles fortes ? Combien de temps ont-elles duré ? Ont-elles duré même après que vous soyez hors de cette situation ?

- 0. Aucune réactivité physique
- 1. Légèrement ; peu de réactivité
- 2. Modérément ; réactivité physique nettement présente, mais qui reste supportable même si l'exposition aux déclencheurs continue
- 3. Sévèrement ; réactivité physique considérable, qui persiste pendant toute l'exposition aux déclencheurs
- 4. Extrêmement ; réactivité physique prononcée, dont l'activation persiste même après la fin de l'exposition aux déclencheurs

Critère C. L'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et l'érousement psychique (absent avant le traumatisme), indiqués par au moins trois des facteurs suivants :

6. (C1) Efforts délibérés pour éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'événement traumatique.

Fréquence

Avez-vous déjà essayé d'éviter les pensées ou les sensations qui sont liées à l'événement ? (Quelles sortes de pensées ou de sensations avez-vous essayé d'éviter ?) Vous efforcez-vous d'éviter d'en parler à d'autres? (Pourquoi?) **Combien de fois cela vous est-il arrivé au cours du mois dernier?**

- 0. Jamais
- 1. Une ou deux fois
- 2. Une ou deux fois par semaine
- 3. Plusieurs fois par semaine
- 4. Tous les jours ou presque

Description/Exemples

Intensité

Dans quelle mesure vous êtes-vous efforcé(e) d'éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'événement ? (Comment avez-vous fait pour les éviter ? Avez-vous consommé de l'alcool, des médicaments ou des drogues ?). (Tenir compte de toutes les tentatives d'évitement, y compris les distractions, la suppression et la consommation d'alcool, ou de drogues).

Dans quelle mesure cela vous a-t-il gêné(e) dans votre vie ?

- 0. Nullement
- 1. Légèrement ; peu d'effort ; peu ou pas de perturbation dans ses activités
- 2. Modérément ; certains efforts; évitement nettement présent ; quelques perturbations dans ses activités
- 3. Sévère ; efforts considérables ; évitement marqué ; perturbation marquée dans ses activités ou participation à certaines activités comme stratégie d'évitement
- 4. Extrême ; efforts draconiens d'évitement ; incapacité à poursuivre ses activités ou participation excessive à certaines activités comme stratégie d'évitement

7. (C2) Efforts délibérés pour éviter les activités, les situations ou les gens qui entraînent une réactualisation des souvenirs du traumatisme.

Fréquence

*Avez-vous déjà essayé d'éviter certaines activités, certaines situations ou certaines personnes qui vous rappellent l'événement ? (Quelles sortes d'activités, de situations ou de gens avez-vous essayé d'éviter ? (Pourquoi ?) **Combien de fois au cours du mois dernier ?***

- 0. Jamais
- 1. Une ou deux fois
- 2. Une ou deux fois par semaine
- 3. Plusieurs fois par semaine
- 4. Tous les jours ou presque

Description/Exemples

Intensité

Dans quelle mesure vous êtes-vous efforcé(e) d'éviter les activités, les situations ou les gens qui vous rappellent l'événement ? (Qu'avez-vous fait à la place ?) Dans quelle mesure cela vous a-t-il gêné dans votre vie ?

- 0. Nullement
- 1. Légèrement ; peu d'effort ; peu ou pas de perturbation dans ses activités
- 2. Modérément ; certains efforts ; évitement nettement présent ; quelques perturbations dans ses activités
- 3. Sévèrement ; efforts considérables ; évitement marqué ; perturbation marquée dans ses activités ou participation à certaines activités comme stratégie d'évitement
- 4. Extrêmement ; efforts draconiens d'évitement ; incapacité de poursuivre ses activités ou participation excessive à certaines activités comme stratégie d'évitement

8. (C3) Incapacité à se souvenir d'un aspect important de l'événement traumatique.

Fréquence

Avez-vous déjà éprouvé de la difficulté à vous souvenir de certains aspects importants de l'événement ? Dites-moi ce qui se passe ? (Croyez-vous que vous devriez vous souvenir de ces choses ? Pourquoi pensez-vous ne pas pouvoir le faire ?) **Au cours du mois dernier, combien d'aspects importants de l'événement avez-vous eu de la difficulté à vous souvenir ?** (Quels sont les aspects dont vous vous souvenez ?).

- 0. *Aucun, se souvient clairement.*
- 1. *À oublié peu d'aspects (moins de 10 %)*
- 2. *Ne se souvient pas de certains aspects (environ 20 à 30 %)*
- 3. *Ne se souvient pas de nombreux aspects (environ 50 à 60 %)*
- 4. *Ne se souvient pas de la plupart des aspects ou de tous (> 80 %)*

Description/Exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous eu de la difficulté à vous souvenir d'aspects importants de l'événement ? (Auriez-vous pu vous souvenir d'un plus grand nombre d'aspects si vous vous étiez efforcé(e) de le faire ?).

- 0. *Aucune difficulté*
- 1. *Légèrement ; peu de difficulté*
- 2. *Modérément ; une certaine difficulté ; pourrait s'en souvenir avec effort*
- 3. *Sévèrement ; difficulté considérable, même avec effort*
- 4. *Extrêmement ; tout à fait incapable de se souvenir d'aspects importants de l'événement*

9. (C4) Diminution marquée de la participation à des activités importantes ou de l'intérêt à l'égard de ces activités.

Fréquence

Avez-vous ressenti moins d'intérêt pour des activités auxquelles vous vous adonnez avec plaisir ? (Dans quelles sortes de choses avez-vous perdu de l'intérêt ? Y a-t-il des choses que vous ne faites plus du tout ? Pourquoi ?). (À exclure si la personne n'en n'a plus l'occasion, si elle est incapable de s'y adonner ou si elle préfère maintenant d'autres activités à cause d'un changement normal dans son développement). **Au cours du mois dernier, pour combien d'activités avez-vous eu moins d'intérêt ?** (Quelles sortes d'activités continuez-vous à aimer faire ?). Depuis quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ? (Après le traumatisme ?).

- 0. Pour aucune.
- 1. Pour peu d'activités (moins de 10 %)
- 2. Pour certaines activités (environ 20 à 30 %)
- 3. Pour de nombreuses activités (environ 50 à 60 %)
- 4. Pour toutes ou presque toutes ses activités (> 80 %)

Description/Exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous perdu de l'intérêt ? (Trouveriez-vous les activités agréables après les avoir débutées ?).

- 0. Pas de perte d'intérêt.
- 1. Légèrement ; légère perte d'intérêt, y trouverait probablement du plaisir une fois débutées.
- 2. Modérément ; nette perte d'intérêt, mais éprouve encore un certain plaisir dans ses activités.
- 3. Sévèrement ; perte d'intérêt marquée dans ses activités.
- 4. Extrêmement ; a complètement perdu intérêt ; ne participe plus à aucune activité.

Relié au traumatisme

- Oui
- Non

10. (C5) Sentiment d'être détaché ou étranger vis-à-vis des autres.

Fréquence

Avez-vous parfois eu l'impression d'être détaché(e) des autres ou étranger(ère) aux autres ? Que ressentiez-vous alors ? **Quelle fut la durée de cette impression au cours du mois dernier ?** Avez-vous commencé à vous sentir ainsi après l'événement ?

- 0. Jamais.
- 1. Très peu de temps (moins de 10 %)
- 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %)
- 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %)
- 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %)

Description/Exemples

Intensité

Dans quelle mesure vous êtes-vous senti(e) détaché(e) des autres ou étranger aux autres ? (De qui vous sentez-vous le plus proche ? Avec combien de personnes êtes-vous à l'aise pour parler de choses personnelles ?).

- 0. Pas d'impression d'être détaché(e) ou étranger(ère) vis-à-vis des autres.
- 1. Légèrement ; il lui arrive de ne pas se « sentir en harmonie » avec les autres.
- 2. Modérément ; impression de détachement nettement présente, mais sent encore certains liens interpersonnels.
- 3. Sévèrement ; sentiment marqué d'être détaché(e) des autres ou étranger(ère) aux autres ; ne se sent proche que d'une ou deux personnes.
- 4. Extrêmement ; se sent complètement détaché(e) des autres ou étranger(ère) aux autres ; ne se sent proche de personne.

Relié au traumatisme

- Oui
- Non

11. (C6) Capacité nettement diminuée à ressentir des émotions (par exemple, incapable de ressentir des sentiments amoureux).

Fréquence

Y a-t-il eu des fois où vous vous êtes senti(e) insensible sur le plan émotif ou avez eu de la difficulté à ressentir des sentiments comme l'amour ou la joie/bonheur ? Comment vous sentiez-vous ? (Quels sentiments avez-vous eu de la difficulté à ressentir ?) **Combien de temps au cours du mois dernier vous êtes-vous senti(e) ainsi ?** Depuis quand avez-vous commencé à avoir des difficultés à ressentir des émotions ? (Après l'événement ?).

- 0. Jamais.
- 1. Très peu de temps (moins de 10 %)
- 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %)
- 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %)
- 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %)

Description/Exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous eu des difficultés à ressentir des émotions ? (Quelles sortes de sentiments pouviez-vous encore ressentir ?). (Tenir compte des observations sur la restriction des affects au cours de l'entrevue).

- 0. Pas de diminution des émotions.
- 1. Légèrement ; légère diminution des émotions.
- 2. Modérément ; nette diminution des émotions , mais peut encore ressentir la plupart des émotions.
- 3. Sévèrement ; diminution marquée d'au moins deux émotions fondamentales (p. ex., l'amour et la joie/bonheur).
- 4. Extrêmement ; ne ressent plus aucune émotion.

Relié au traumatisme

- Oui
- Non

12. (C7) *Sentiment d'un futur amputé (p. ex., ne s'attend plus à avoir une carrière, à se marier, à avoir des enfants ou une durée de vie normale).*

Fréquence

*Y a-t-il eu des fois où vous avez senti qu'il n'était plus nécessaire de faire des plans d'avenir, que votre avenir était d'une certaine façon sans lendemain/bouché ? Pourquoi ? (Éliminer les risques réalistes tels qu'une maladie mettant la vie en danger). **Combien de temps au cours du mois dernier avez-vous pensé ainsi ?** Depuis quand avez-vous commencé à avoir de telles idées ? (Après l'événement ?).*

- 0. Jamais.
- 1. Très peu de temps (moins de 10 %)
- 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %)
- 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %)
- 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %)

Description/Exemples

Intensité

Quelle était la force de l'impression que votre avenir serait bouché ? (Combien de temps pensez-vous vivre ? Dans quelle mesure êtes-vous convaincu(e) d'être voué(e) à une mort précoce ?)

- 0. Pas d'impression d'avenir bouché.
- 1. Faible ; légère impression d'avenir bouché.
- 2. Modérée ; net sentiment d'avenir bouché, mais sans faire de prédiction particulière quant à sa longévité.
- 3. Sévère ; sentiment marqué d'avenir bouché, peut faire des prédictions particulières quant à sa longévité.
- 4. Extrême ; sentiment accablant d'avenir bouché, tout à fait convaincu(e) d'une mort précoce.

Relié au traumatisme

- Oui
- Non

Critère D. Symptômes persistants d'hyperéveil (absents avant le traumatisme), indiqués par au moins deux (ou plus) des facteurs suivants :

13. (D1) Difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e).

Fréquence

Avez-vous eu parfois des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e) ? **Combien de fois au cours du mois dernier ?** Depuis quand avez-vous commencé à avoir des difficultés à dormir ? (Après l'événement ?).

		Oui	Non
<input type="checkbox"/> 0.	Jamais		
<input type="checkbox"/> 1.	Une ou deux fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2.	Une ou deux fois par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3.	Plusieurs fois par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4.	Tous les jours ou presque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Difficulté à s'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Réveil au milieu du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Réveil trop matinal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nombre total d'heures de Sommeil par nuit ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre d'heures de sommeil désiré par nuit ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Description/Exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous eu des difficultés à dormir ? (Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous endormir ? Combien de fois vous êtes-vous réveillé(e) pendant la nuit ? Vous êtes-vous souvent réveillé(e) plus tôt que vous le vouliez ? Combien d'heures de sommeil en tout avez-vous eu chaque nuit ?

- 0. Pas de trouble du sommeil.
- 1. Légère difficulté ; délai d'endormissement légèrement prolongé ou un peu de difficulté à rester endormi(e) (jusqu'à 30 minutes de perte de sommeil).
- 2. Difficulté modérée ; net trouble du sommeil ; délai d'endormissement nettement prolongé ou nette difficulté à rester endormi(e) (30 à 90 minutes de perte de sommeil).
- 3. Difficulté sévère ; délai d'endormissement très prolongé ou difficulté marquée à rester endormi(e) (90 mn à 3 h de perte de sommeil).
- 4. Difficulté extrême ; très long délai d'endormissement ou difficulté profonde à rester endormi(e) (> à 3 h de perte de sommeil).

Relié au traumatisme

- Oui
- Non

14. (D2) Irritabilité ou excès de colère.

Fréquence

Vous êtes vous parfois senti(e) particulièrement irritable ou avez-vous manifesté une grande colère ? Pouvez-vous m'en donner des exemples ? Combien de fois est-ce arrivé au cours du mois dernier ? Depuis quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ? (Après l'événement ?) .

- 0. Jamais.
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque.

Description/Exemples

Intensité

Quelle était la force de votre colère ? Comment l'avez-vous manifestée ? (Si la personne dit qu'elle l'a réprimée) Vous a-t-il été difficile de ne pas montrer votre colère ?) Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous calmer ? Votre colère vous a-t-elle causé des ennuis ?

- 0. Pas d'irritabilité ni colère.
- 1. Légère ; irritabilité minime, peut élever la voix lorsqu'il/elle est en colère, mais peut se dominer rapidement.
- 2. Modérée ; nette irritabilité ou efforts pour réprimer sa colère, mais peut se dominer.
- 3. Sévère ; irritabilité marquée ou efforts marqués pour réprimer sa colère ; peut devenir agressif(ve) verbalement ou physiquement quand il/elle est en colère.
- 4. Extrême ; colère profonde ou efforts draconiens pour réprimer sa colère, peut avoir des accès de violence physique.

Relié au traumatisme

- Oui
- Non

15. (D3) Difficulté à se concentrer

Fréquence

Avez-vous parfois trouvé difficile de vous concentrer sur ce que vous faites ou sur ce qui se passe autour de vous ? Comment était-ce ? **Combien de temps au cours du mois dernier ?** Depuis quand avez-vous commencé à avoir des troubles de la concentration ? (Après l'événement ?).

- 0. Jamais.
- 1. Très peu de temps (moins de 10 %)
- 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %)
- 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %)
- 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %)

Description/Exemples

Intensité

Jusqu'à quel point était-ce difficile de vous concentrer ? (Tenir compte des observations sur la concentration et l'attention au cours de l'entrevue). Dans quelle mesure ce manque de concentration vous a-t-il gêné(e) dans votre vie ?

- 0. Pas de difficulté de concentration.
- 1. Légèrement ; il lui suffisait d'un léger effort pour se concentrer ; peu ou pas de perturbation dans ses activités.
- 2. Modérément ; nette diminution de la concentration, mais aurait pu se concentrer avec effort ; quelques perturbations dans ses activités.
- 3. Sévèrement ; perte de concentration marquée, même avec effort ; perturbation marquée dans ses activités.
- 4. Extrêmement ; tout à fait incapable de se concentrer ; incapable d'entreprendre des activités.

Relié au traumatisme

- Oui
- Non

16. (D4) Hypervigilance

Fréquence

*Avez-vous parfois senti que vous étiez particulièrement en éveil ou vigilant(e), même lorsque ce n'était pas nécessaire ? (Vous sentiez-vous comme si vous étiez toujours sur vos gardes ?) Pourquoi ? **Combien de temps au cours du mois passé ?** Depuis quand avez vous commencé à vous sentir ainsi ? (Après l'événement ?).*

- 0. Jamais.
- 1. Très peu de temps (moins de 10 %)
- 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %)
- 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %)
- 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %)

Description/Exemples

Intensité

Dans quelle mesure vous efforciez-vous d'être attentif(ve) à ce qui se passait autour de vous ? (Tenir compte des observations d'hypervigilance en cours d'entrevue). Votre hypervigilance vous a-t-elle causé des ennuis ?

- 0. Pas d'hypervigilance.
- 1. Légèrement ; hypervigilance minimale ; légère hausse de conscience.
- 2. Modérément ; hypervigilance nettement présente ; reste sur ses gardes en public (par ex. choisit une place sûre pour s'asseoir dans un restaurant ou un cinéma).
- 3. Sévèrement ; hypervigilance marquée, très vigilant(e), guette le danger autour de lui (d'elle), exagérément soucieux(euse) pour sa propre sécurité, celle de sa famille ou de son foyer.
- 4. Extrêmement ; hypervigilance excessive, fait des efforts pour assurer sa sécurité et y consacre beaucoup de temps et d'énergie, ce qui peut comprendre des comportements exagérés de surveillance et de contrôle ; est particulièrement vigilant(e) pendant l'entrevue.

Relié au traumatisme

- Oui
- Non

17. (D5) Réactions exagérées de sursaut

Fréquence

Vous arrive-t-il parfois de sursauter fortement ? Quand est-ce arrivé ? (Qu'est-ce qui vous a fait sursauter ?). Combien de fois au cours du mois dernier ? Quand avez-vous commencé à avoir de telles réactions ? (Après l'événement ?).

- 0. Jamais.
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque.

Description/Exemples

Intensité

De quelle intensité étaient ces réactions de sursaut ? (Comment étaient-elles par rapport à celles qu'on éprouve normalement ?). Combien de temps ont-elles duré ?

- 0. Pas de réaction de sursaut.
- 1. Légères ; réactions minimales.
- 2. Modérées ; nettes réactions de sursaut, se sent nerveux(euse).
- 3. Sévères ; réactions de sursaut marquées, reste en état d'alerte après la première réaction.
- 4. Extrêmes ; réaction de sursaut excessive, comportement de défense manifeste (p.ex. un ancien combattant qui se couche par terre).

Relié au traumatisme

- Oui
- Non

22 . *Altération du fonctionnement professionnel ou dans d'autres domaines importants.*

Travaillez-vous actuellement ?

Oui → Si « oui », ces symptômes ont-ils nui à votre travail ou votre capacité de travail ? Dans quelle mesure ?

(Tenir compte des antécédents de travail, notamment du nombre et de la durée des emplois, ainsi que de la qualité des relations de travail. Si le fonctionnement au travail avant le trouble n'est pas clair, interroger le sujet à propos de ses expériences de travail avant le traumatisme. Pour un enfant ou un adolescent, l'interroger sur ses résultats scolaires avant le traumatisme et explorer la présence possible de troubles du comportement antérieurement).

- 0. *Pas de répercussions défavorables.*
- 1. *Légères répercussions, peu d'altération du fonctionnement professionnel.*
- 2. *Répercussions modérées ; nette altération du fonctionnement professionnel dont de nombreux aspects restent toutefois intacts.*
- 3. *Répercussions sévères ; altération marquée du fonctionnement professionnel dont peu d'aspects restent intacts.*
- 4. *Répercussions extrêmes, peu ou pas de fonctionnement professionnel.*

Non → Si « non », ces symptômes vous ont-ils nui dans d'autres domaines importants de votre vie ? Dans quelle mesure ?

(Le cas échéant, suggérer des exemples tels que dans le rôle de parents, dans la tenue de la maison, dans les études scolaires, dans le travail bénévole, etc.)

- 0. *Pas de répercussions défavorables.*
- 1. *Légères répercussions, peu d'altération du fonctionnement dans d'autres domaines importants.*
- 2. *Répercussions modérées ; nette altération du fonctionnement dans d'autres domaines importants, mais dont de nombreux aspects restent toutefois intacts.*
- 3. *Répercussions sévères ; altération marquée du fonctionnement dans d'autres domaines importants, dont peu d'aspects restent intacts.*
- 4. *Répercussions extrêmes, peu ou pas de fonctionnement dans d'autres domaines importants.*

23. Validité globale.

Estimer la validité globale des réponses. Tenir compte des facteurs tels que l'observance de l'entrevue, l'état mental (p. ex., des difficultés de concentration, de compréhension d'items, de dissociation) et des efforts évidents pour exagérer ou minimiser les symptômes.

- 0. Excellente ; pas de raison de soupçonner des réponses invalides.
- 1. Bonne ; présence de facteurs pouvant entacher la validité.
- 2. Passable ; présence de facteurs qui entachent certainement la validité.
- 3. Mauvaise ; validité considérablement réduite.
- 4. Réponses invalides ; état mental sévèrement altéré ou simulation de « bien être » ou de mal-être » feint.

24. Sévérité globale.

Estimer la sévérité globale des symptômes d'ESPT. Tenir compte du degré de souffrance subjective, du degré d'altération du fonctionnement, des observations sur le comportement pendant l'entrevue et du jugement ayant trait à la manière de répondre aux questions.

- 0. Pas de symptôme cliniquement significatif, ni de souffrance psychologique, ni d'altération du fonctionnement.
- 1. Légère ; peu de souffrance psychologique ou d'altération du fonctionnement.
- 2. Modérée ; nette souffrance psychologique ou altération du fonctionnement, mais peut avec effort, fonctionner de façon satisfaisante.
- 3. Sévère ; considérable souffrance psychologique ou altération du fonctionnement qui est limité même avec effort.
- 4. Extrême ; souffrance psychologique marquée ou altération du fonctionnement dans au moins deux domaines importants.

Transcrire ci-dessous les scores (notés de 0 à 4) du questionnaire CAPS 1.
Prière de noter qu'en cas de réponse négative à la question « Relié du traumatisme ? », le score à transcrire sur la feuille de récapitulation est zéro.

A. Événements traumatiques

Les

décrire :

B. Symptômes de reviviscence

Fréquence Intensité

- | | | | | | |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|----------|
| 1 | Souvenirs répétitifs et envahissants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 2 | Rêves pénibles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Critère | B |
| satisfait ? | | | | | |
| 3 | Agir ou se sentir comme si l'événement se reproduisait | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui | |
| 4 | Souffrance psychologique lors d'exposition à des déclencheurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Non | |
| 5 | Réactivité physiologique lors d'exposition à des déclencheurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

(L'état satisfait au critère B si au moins un score est ≥ 1 pour la fréquence et ≥ 2 pour l'intensité)

C. Symptômes d'évitement et d'émoussement

Fréquence Intensité

- | | | | | | |
|--------------------|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|----------|
| 6 | Évitement des pensées, des sensations ou des conversations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 7 | Évitement des activités, des situations ou des gens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Critère | C |
| satisfait ? | | | | | |
| 8 | Incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui | |
| 9 | Diminution de l'intérêt ou de la participation à des activités | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Non | |
| 10 | Sentiment d'être détaché ou étranger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 11 | Capacité réduite de ressentir des émotions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 12 | Sentiment de futur amputé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

(L'état satisfait au critère C si au moins trois scores sont ≥ 1 pour la fréquence et ≥ 2 pour l'intensité)

D. Symptômes d'hyperveil

Fréquence Intensité

- | | | | | | |
|------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--|
| 13. | Difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 14. | Irritabilité ou accès de colère | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Critère D satisfait ? | | | | | |
| 15. | Difficulté à se concentrer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui | |
| 16. | Hypervigilance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Non | |
| 17. | Réactions exagérées de sursaut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

(L'état satisfait au critère D si au moins deux scores sont ≥ 1 pour la fréquence et ≥ 2 pour l'intensité)

E. Durée de la perturbation

OUI NON

- | | | | | | |
|--------------------|--|--------------------------|--------------------------|----------------|----------|
| 18. | Durée de la perturbation ≥ 3 mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Critère | E |
| satisfait ? | | | | | |

Oui
Non

(L'état satisfait au critère E si la durée est \geq 3 mois)

CAPS 1 - FEUILLE RECAPITULATION - Page 2

F. Souffrance significative ou altération du fonctionnement

20. Souffrance subjective

21. Altération du fonctionnement social
satisfait ?

Critère F

22. Altération du fonctionnement professionnel

Oui
Non

(L'état satisfait au critère F si un score ou plus est \geq 2)

L'état du patient satisfait-il à tous les critères ?

Non → Si « Non », le sujet n'est pas admissible pour l'essai.

Oui → Si « Oui », peut être inclus dans l'étude s'il satisfait les autres critères d'inclusion.

Signature de l'investigateur

--	--	--

DATE

Jour

Mois

Année

2. Autoquestionnaires

PCL-S

Instructions : Veuillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le mois précédent.

L'événement stressant que vous avez vécu était (décrivez-le en une phrase) :

.....

Date de l'événement : ____/____/____

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Etre perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant	1	2	3	4	5
2. Etre perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre)	1	2	3	4	5
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs, lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant	1	2	3	4	5
6. Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui	1	2	3	4	5
7. Eviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e)	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer	1	2	3	4	5
16. Etre en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement	1	2	3	4	5

DES

Instructions

Ce questionnaire comprend deux parties. La première contient quelques questions personnelles d'ordre général. La deuxième partie comprend des questions concernant des expériences que vous pouvez avoir dans votre vie quotidienne. Nous souhaitons déterminer avec quelle fréquence vous arrivez ces expériences. Il est important, cependant, que vos réponses montrent avec quelle fréquence ces expériences vous arrivent en dehors des moments où vous pouvez être sous l'influence d'alcool ou de drogues.

Veillez répondre à la question en indiquant dans quelle mesure l'expérience décrite s'applique à vous ? Il s'agit d'indiquer la fréquence de l'expérience décrite. Vous faites cela en entourant le pourcentage correspondant.

Par exemple comme ceci :

Il arrive à certaines personnes d'être tellement dans leurs pensées, qu'elles n'entendent pas la sonnette.

Entourez le chiffre correspondant au pourcentage de temps durant lequel vous éprouvez cette expérience.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

1. Certaines personnes font l'expérience alors qu'elles conduisent ou séjournent dans une voiture (ou dans le métro ou le bus) de soudainement réaliser qu'elles ne se souviennent pas de ce qui est arrivé pendant tout ou partie du trajet.

Entourez un nombre pour indiquer le pourcentage du temps où cela vous arrive

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

2. Parfois certaines personnes qui sont en train d'écouter quelqu'un parler, réalisent soudain qu'elles n'ont pas entendu tout ou partie de ce qui vient d'être dit.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

3. Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

4. Certaines personnes font l'expérience de se trouver vêtues d'habits qu'elles ne se souviennent pas avoir mis

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

5. Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

6. Il arrive à certaines personnes d'être abordées par des gens qu'elles-mêmes ne reconnaissent pas. Ces inconnus les appellent par un nom qu'elles ne pensent pas être le leur ou affirment les connaître.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

7. Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

8. On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille. Marquez la ligne pour montrer

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

9. Certaines personnes s'aperçoivent qu'elles n'ont pas de souvenir sur des événements importants de leur vie (par exemple, cérémonies de mariage ou de remise d'un diplôme).

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

10. Certaines personnes font l'expérience d'être accusées de mentir alors qu'elles pensent ne pas avoir menti.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

11. Certaines personnes font l'expérience de se regarder dans un miroir et de ne pas s'y reconnaître. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

12. Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels, d'autres gens, des objets, et le monde autour d'eux.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

13. Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

14. Certaines personnes font l'expérience de se souvenir parfois d'un événement passé de manière si vive qu'elles ressentent les choses comme si elles étaient en train de revivre cet événement.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

15. Certaines personnes font l'expérience de ne pas être sûres si les choses dont elles se souviennent être arrivées, sont réellement arrivées ou si elles les ont juste rêvées.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

16. Certaines personnes font l'expérience d'être dans un lieu familier mais de le trouver étrange et inhabituel.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

17. Certaines personnes constatent que, lorsqu'elles sont en train de regarder la télévision ou un film, elles sont tellement absorbées par l'histoire qu'elles n'ont pas conscience des autres événements qui se produisent autour d'elles.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

18. Certaines personnes constatent parfois qu'elles deviennent si impliquées dans une pensée imaginaire ou dans une rêverie qu'elles les ressentent comme si c'était réellement en train de leur arriver.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

19. Certaines personnes constatent qu'elles sont parfois capables de ne pas prêter attention à la douleur.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

20. Il arrive à certaines personnes de rester le regard perdu dans le vide, sans penser à rien et sans avoir conscience du temps qui passe.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

21. Parfois certaines personnes se rendent compte que quand elles sont seules, elles se parlent à haute voix.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

22. Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux personnes différentes.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

23. Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnantes, des choses qui

seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sports, travail, situations sociales...).

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

24. Certaines personnes constatent que parfois elles ne peuvent se souvenir si elles ont fait quelque chose ou si elles ont juste pensé qu'elles allaient faire cette chose (par exemple, ne pas savoir si elles ont posté une lettre ou si elles ont juste pensé à la poster).

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

25. Il arrive à certaines personnes de ne pas se rappeler avoir fait quelque chose alors qu'elles trouvent la preuve qu'elles ont fait cette chose.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

26. Certaines personnes trouvent parfois des écrits, des dessins ou des notes dans leurs affaires qu'elles ont dû faire mais qu'elles ne se souviennent pas avoir faits.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

27. Certaines personnes constatent qu'elles entendent des voix dans leur tête qui leur disent de faire des choses ou qui commentent des choses qu'elles font. Marquez la ligne pour montrer le pourcentage de temps où cela arrive.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

28. Certaines personnes ont parfois la sensation de regarder le monde à travers un brouillard de telle sorte que les gens et les objets apparaissent lointains ou indistincts. Entourez un nombre pour indiquer le pourcentage de temps où cela arrive.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Jamais										Tout le temps

STAI – A

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis cochez, parmi les 4 cases à droite, celle qui correspond le mieux à ce que vous ressentez EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELLEMENT.

		Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1*	Je me sens calme				
2*	Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté				
3	Je me sens tendu(e), crispé(e)				
4	Je me sens surmené(e)				
5*	Je me sens tranquille, bien dans ma peau				
6	Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)				
7	L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment				
8*	Je me sens content(e)				
9	Je me sens effrayé(e)				
10*	Je me sens à mon aise, je me sens bien				
11*	Je sens que j'ai confiance en moi				
12	Je me sens nerveux(se), irritable				
13	J'ai la frousse, la trouille, (j'ai peur)				
14	Je me sens indécis(e)				
15*	Je suis décontracté(e), détendu(e)				
16*	Je suis satisfait(e)				
17	Je suis inquiet(e), soucieux(se)				
18	Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e)				
19*	Je me sens posé(e), pondéré(e), réfléchi(e)				
20*	Je me sens de bonne humeur, aimable				

Echelle de Beck

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

PSQJ – A

CONSIGNES : Veuillez s'il vous plaît répondre aux questions suivantes concernant votre sommeil au cours du dernier mois. Ajoutez toute observation provenant de votre partenaire de chambre ou de lit.

1. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à dormir **parce que vous...**

a) avez éprouvé des bouffées de chaleur :

Jamais durant le dernier mois 0	Moins d'une fois par semaine 1	Une ou deux fois par semaine =2	Trois fois ou plus par semaine 3	Score —
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

b) ressentiez une nervosité générale :

Jamais durant le dernier mois 0	Moins d'une fois par semaine 1	Une ou deux fois par semaine =2	Trois fois ou plus par semaine 3	Score —
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

c) avez eu des souvenirs ou des cauchemars se rattachant à un événement traumatique :

Jamais durant le dernier mois 0	Moins d'une fois par semaine 1	Une ou deux fois par semaine =2	Trois fois ou plus par semaine 3	Score —
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

d) avez éprouvé une anxiété sévère ou de la panique qui n'étaient pas reliées à un souvenir traumatique :

Jamais durant le dernier mois 0	Moins d'une fois par semaine 1	Une ou deux fois par semaine =2	Trois fois ou plus par semaine 3	Score —
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

e) avez fait de mauvais rêves qui n'étaient pas reliés à des souvenirs traumatiques :

Jamais durant le dernier mois 0	Moins d'une fois par semaine 1	Une ou deux fois par semaine =2	Trois fois ou plus par semaine 3	Score —
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

f) avez eu des épisodes de terreur ou de hurlements durant votre sommeil sans vous réveiller complètement :

Jamais durant le dernier mois <input type="checkbox"/>	Moins d'une fois par semaine <input type="checkbox"/>	Une ou deux fois par semaine <input type="checkbox"/>	Trois fois ou plus par semaine <input type="checkbox"/>	Score —
0	1	=2	3	

g) avez eu des épisodes « d'action » pendant vos rêves, tel que donner des coups de pied, des coups de poing, courir ou crier :

Jamais durant le dernier mois <input type="checkbox"/>	Moins d'une fois par semaine <input type="checkbox"/>	Une ou deux fois par semaine <input type="checkbox"/>	Trois fois ou plus par semaine <input type="checkbox"/>	Score —
0	1	=2	3	

2. Si vous avez eu des souvenirs ou des cauchemars liés à un événement traumatique au cours de votre sommeil (question 1-c ci-haut)

a) A quel point avez-vous ressenti de l'anxiété durant ces souvenirs/cauchemars ?

Aucunement <input type="checkbox"/>	Très peu <input type="checkbox"/>	Moyennement <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>	Score —
0	1	=2	3	

b) A quel point avez-vous ressenti de la colère durant ces souvenirs/cauchemars ?

Aucunement <input type="checkbox"/>	Très peu <input type="checkbox"/>	Moyennement <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>	Score —
0	1	=2	3	

c) A quel moment de la nuit la plupart de ces souvenirs/cauchemars se sont-ils produits ?

Tôt dans la nuit <input type="checkbox"/>	Dans le milieu de la nuit <input type="checkbox"/>	Tard la nuit, près du matin <input type="checkbox"/>	Pas de moment en particulier <input type="checkbox"/>	Score —
0	1	=2	3	

C.T.Q.

Instructions : Ce questionnaire porte sur certaines expériences que vous auriez pu vivre au cours de votre enfance ou de votre adolescence.

Pour chaque affirmation, cochez la case qui convient le mieux. Bien que certaines questions concernent des sujets intimes et personnels, il est important de répondre complètement et aussi honnêtement que possible.

Au cours de mon enfance et/ou de mon adolescence :

	Jamais	Rare- ment	Quel- quefois	Souvent	Très Souvent
1. Il m'est arrivé de ne pas avoir assez à manger	<input type="checkbox"/>				
2. Je savais qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger	<input type="checkbox"/>				
3. Des membres de ma famille me disaient que j'étais « stupide » ou « paresseux » ou « laid »	<input type="checkbox"/>				
4. Mes parents étaient trop saouls ou « pétés » pour s'occuper de la famille	<input type="checkbox"/>				
5. Il y avait quelqu'un dans ma famille qui m'aidait à sentir que j'étais important ou particulier	<input type="checkbox"/>				
6. Je devais porter des vêtements sales	<input type="checkbox"/>				
7. Je me sentais aimé(e)	<input type="checkbox"/>				
8. Je pensais que mes parents n'avaient pas souhaité ma naissance	<input type="checkbox"/>				
9. J'ai été frappé(e) si fort par un membre de ma famille que j'ai dû consulter un docteur ou aller à l'hôpital	<input type="checkbox"/>				
10. Je n'aurais rien voulu changer à ma famille	<input type="checkbox"/>				
11. Un membre de ma famille m'a frappé(e) si fort que j'ai eu des bleus ou des marques	<input type="checkbox"/>				
12. J'étais puni(e) au moyen d'une ceinture, d'un bâton, d'une corde ou de quelque autre objet dur	<input type="checkbox"/>				
13. Les membres de ma famille étaient attentifs les uns aux autres	<input type="checkbox"/>				
14. Les membres de ma famille me disaient des choses blessantes ou insultantes	<input type="checkbox"/>				
15. Je pense que j'ai été physiquement maltraité(e)	<input type="checkbox"/>				

16. J'ai eu une enfance parfaite	<input type="checkbox"/>				
17. J'ai été frappé(e) ou battu(e) si fort que quelqu'un l'a remarqué (par ex. un prof, un voisin, un docteur)	<input type="checkbox"/>				
18. J'avais le sentiment que quelqu'un dans ma famille me détestait	<input type="checkbox"/>				
19. Les membres de ma famille se sentaient proches les uns des autres	<input type="checkbox"/>				
20. Quelqu'un a essayé de me faire des attouchements sexuels ou de m'en faire faire	<input type="checkbox"/>				
21. Quelqu'un a menacé de me blesser ou de raconter des mensonges à mon sujet si je ne faisais pas quelque chose de nature sexuelle avec lui	<input type="checkbox"/>				
22. J'avais la meilleure famille du monde	<input type="checkbox"/>				
23. Quelqu'un a essayé de me faire faire des actes sexuels ou de me faire regarder de tels actes	<input type="checkbox"/>				
24. J'ai été victime d'abus sexuels	<input type="checkbox"/>				
25. Je pense que j'ai été maltraité affectivement	<input type="checkbox"/>				
26. Il y avait quelqu'un pour m'emmener chez le docteur si j'en avais besoin	<input type="checkbox"/>				
27. Je pense qu'on a abusé de moi sexuellement	<input type="checkbox"/>				
28. Ma famille était une source de force et de soutien	<input type="checkbox"/>				
	Jamais	Rare- ment	Quel- quefois	Souvent	Très Souvent

WHOQOL-BREF

CONSIGNE

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

1 Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	Très faible <input type="checkbox"/>	faible <input type="checkbox"/>	ni faible ni bonne <input type="checkbox"/>	bonne <input type="checkbox"/>	très bonne <input type="checkbox"/>
2 Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	satisfait(e) <input type="checkbox"/>	très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
3 La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?	Pas du tout <input type="checkbox"/>	un peu <input type="checkbox"/>	modérément <input type="checkbox"/>	beaucoup <input type="checkbox"/>	extrêmement <input type="checkbox"/>
4 Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Aimez-vous votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Estimez-vous que votre vie a du sens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Etes-vous capable de vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Vivez-vous dans un environnement sain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Acceptez-vous votre apparence physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15	Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	très difficilement <input type="checkbox"/>	difficilement <input type="checkbox"/>	assez facilement <input type="checkbox"/>	facilement <input type="checkbox"/>	très facilement <input type="checkbox"/>
16	Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	satisfait(e) <input type="checkbox"/>	très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
17	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Etes-vous satisfait(e) de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	jamais <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>	assez souvent <input type="checkbox"/>	très souvent <input type="checkbox"/>	tout le temps <input type="checkbox"/>

Vérifiez s'il vous plaît que vous avez répondu à toutes les questions

Merci de votre participation

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction : Le mécanisme dissociatif, commun à l'hypnose et à la dissociation traumatique, provoque une altération de la perception et des fonctions d'intégration des souvenirs, de la conscience, du contrôle des mouvements corporels et de l'identité.

Objectifs : Évaluation de l'intérêt de l'hypnose ericksonienne dans la prise en charge du TSPT et de ses comorbidités psychiatriques (dépression, anxiété, trouble du sommeil, expérience dissociative), ainsi que de sa tolérance et son innocuité.

Méthode : Étude observationnelle d'une population de patient souffrant de TSPT prise en charge au sein de la clinique de l'anxiété (octobre 2017 à octobre 2018) par 5 thérapeutes. Évaluation T0, par hétéro et autoquestionnaires, évaluation T1 identique 6 mois après. Hétéroévaluations par MINI, SCID 2, CAPS. Auto-évaluations par BDI, STAI-A, PSQI, DES, CTQ, WHOQOL-BREF.

Résultats : Taux d'acceptabilité élevé avec 87,5% des patients acceptant la prise en charge en hypnose. Taux de rétention élevé avec 78,6% des patients allant jusqu'à la dernière évaluation. Amélioration significative de l'intensité du TSPT (CAPS total $p < 0,00024$, PCL-S $p < 0,0098$) et du niveau d'anxiété (STAI-A $p < 0,0058$) chez les patients ayant été pris en charge en hypnose ericksonienne.

Conclusion : Cette étude permet de montrer un intérêt à la prise en charge en hypnose ericksonienne du TSPT. Qualitativement, les résultats mettent en avant une faisabilité et une bonne acceptabilité de cette prise en charge. Quantitativement, nous avons noté une amélioration significative de l'intensité du TSPT ainsi que du niveau d'anxiété qui restent à confirmer par une étude de grande envergure de type essai randomisé contrôlé.

Mots clés : hypnose, trouble de stress post traumatique, dissociation, observationnelle, anxiété.