



Hypnose et hypnothérapie ericksonienne

Aide au sevrage tabagique ?

Hypnosis and Ericksonian hypnosis therapy: a way to assist smokers to quit?

G. Errard-Dubois*, N. Jan**

Après plusieurs années d'exercice, constatant certains écueils des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), les auteurs revoient et critiquent leurs pratiques de médecins tabacologues. Elles se penchent ici sur la situation particulière de fumeurs très dépendants, qui ne peuvent parvenir à être complètement abstinents, ou qui rechutent de façon récurrente, lors de craving ou en raison d'un "déficit de la régulation émotionnelle". Elles ont donc décidé d'ajouter une corde à leur arc : des compétences en hypnothérapie ericksonienne ; et font, dans cet article, le point sur cette approche (définitions, rapports et études), pour proposer, en conclusion, son intégration dans la démarche d'accompagnement du fumeur très dépendant.

The authors review and criticize with hindsight their methods as tobaccologists after several years working in their field: pointing out some issues in the HAS's recommendations, the authors studied the particular situation of "hard-core" smokers, who are not able to quit completely, or relapse on a recurring basis due to the "craving" phenomenon or because of a "lack of emotional control". Starting from there, the authors decided to develop their skills in Ericksonian hypnosis therapy. This study first provides an overview of this approach (definitions, reports and studies) and then suggests to include it into the hard-core smokers quitting process.

PRÉAMBULE : PLUS DE PLACE À LA PER-SONNE

Les auteurs, médecins tabacologues, pratiquant en ville et en milieu hospitalier, ont assez vite perçu dans leur pratique que tout un "champ intime du sujet", celui du fumeur dépendant, voire, surtout, très dépendant (*hard-core smoker*), restait inexploré. Elles ont rapidement été persuadées que chaque individu est bien plus riche de ses ressources propres que ce qu'on leur avait appris durant leurs études de médecine et que c'est en grande partie en eux qu'il fallait chercher des solutions thérapeutiques, singulières, trop souvent inexploitées. Le rôle du thérapeute pourrait et devrait être de type "socratique", c'est-à-dire un "accouchement" par le sujet lui-même de solutions immanentes.

Dès leurs premières années de pratique en tabacologie, elles ont perçu que la collaboration entre thérapeute et patient devait aller au-delà de l'adoption d'une posture empathique, au-delà de l'entretien motivationnel et des thérapies cognitivocomportementales, y compris de celles de troisième génération (acceptation des émotions négatives, pleine conscience, bienveillance, autocompassion). Elles croient ardemment que, vécue et exercée dans une confiance élargie du soignant envers les capacités propres du patient, une collaboration qui ferait plus de place à la *per-personne* ("au travers de qui cela sonne"), ouvrirait tout un nouveau champ de solutions.

Aussi, tout en appliquant les recommandations officielles pour le sevrage tabagique (consensus, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, puis Haute Autorité de santé), devant le faible score d'abstinence obtenu (26 % d'abstinents), elles ont décidé, après plus de 15 ans de pratique, d'aller se former à l'hypnothérapie ericksonienne, auprès de l'institut Milton H. Erickson du Rhône. Elles ont aujourd'hui totalement intégré l'hypnothérapie à leur pratique de tabacologues.

* Cabinet libéral de tabacologie, Evres-sur-Indre.

** Médecin généraliste et tabacologue, Loches.

Mot-clés : Sevrage tabagique, fumeurs très dépendants, craving, hypnose ericksonienne, hypnothérapie, arbre décisionnel

Keywords: Quitting process, hard-core smokers, craving, Ericksonian hypnosis therapy, hypnosis therapy, decision tree

AUTANT DE DÉFINITIONS QUE DE PRATICIENS

Il y eut en fait autant de définitions de l'hypnose que de professionnels la pratiquant : Mesmer, à la fin du XVIII^e siècle, à l'époque où les Lumières éblouissent l'Europe, se fait remettre à sa place par les commissaires du Roi, lorsqu'il donne à l'hypnose le nom de "magnétisme animal".

La **British Medical Association** la définit ainsi en 1995 : c'est "un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément, ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices, peuvent être dans l'état hypnotique produits et supprimés".

M.H. Erickson (1-3), pour sa part, définit l'hypnose comme "un état de concentration mentale durant lequel les facultés de l'esprit du patient sont tellement accaparées par une seule idée ou par un train de pensées que pour le moment il se montre indifférent à toute autre considération ou influence". Il dit : "Vous ne contrôlez pas le comportement d'une quelconque autre personne. Vous apprenez à le connaître, vous aidez les patients en l'utilisant, vous aidez les patients en les dirigeant de telle façon qu'ils rencontrent leurs besoins ; mais vous ne travaillez pas avec les patients pour atteindre vos propres buts. Le but est leur bien-être, et si vous réussissez à obtenir leur bien-être, vous touchez directement votre propre bien-être."

F. Roustang (4, 5), aux idées duquel les auteurs sont très sensibles, explique que "l'hypnose pourrait apparaître comme une aberration dans notre culture et [qu'] il est donc légitime que nous la rejetions comme un reliquat de sorcellerie ou de magie". Pour lui, elle "est un état de veille, à l'instar du sommeil profond, à partir duquel nous rêvons. De même que le sommeil profond conditionne l'éclosion du pouvoir de rêver, cette veille intense de l'hypnose nous fait accéder au pouvoir de configurer le monde" (*encadré, p. 16*).

Enfin, **J.M. Benhaiem** (directeur du diplôme universitaire d'hypnose de l'université Paris-VI) [6] en propose une définition en plusieurs étapes : une première correspondant à l'hypnose à visée analgésique ou sédatrice, et une seconde correspondant à l'hypnose à visée psychothérapeutique : "L'hypnose est un processus en plusieurs étapes : pour passer de la

L'HYPNOSE EXPLIQUÉE PAR FRANÇOIS ROUSTANG (4)

Selon F. Roustang, l'hypnose a certains attributs du sommeil, puisqu'elle coupe l'hypnotisé des stimuli de l'environnement. Ouverte aux dimensions de notre monde intérieur, elle dépasse la veille restreinte que nous connaissons dans notre vie de tous les jours et révèle une vigilance accrue, généralisée, capable de prendre en compte la totalité des paramètres constitutifs de notre existence. "Loin d'être passive, elle nous permet, par l'imagination, d'anticiper et de transformer nos comportements et nos agissements. Elle sollicite notre capacité à décider de notre place, en relation avec les autres et notre environnement. [...] L'hypnose suppose un apprentissage qui n'a rien d'ésotérique et qui se contente de prendre appui sur des possibilités présentes en chacun [...] L'hypnose libère donc un pouvoir inné : celui d'organiser le monde pendant le jour, potentialité qui s'affirme dès la naissance. Elle n'est pas, comme Mesmer le dit, un produit de l'imagination. La veille paradoxale de l'état hypnotique permet à l'imagination de se déployer pour transformer nos relations avec les êtres et les choses..."

Ainsi, selon Roustang, en état d'hypnose, "[l']attention abandonne une existence figée et se porte sur l'image d'une réalité à venir, et donne à cette image une force suffisante pour qu'elle s'incarne dans de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements... Au lieu de rester figé à l'égard d'une souffrance, le sujet va apprendre peu à peu à modifier l'attention qu'il lui porte, et faire l'expérience d'un pouvoir à se détacher de ce qu'il prenait pour inévitable et définitif..." Elle serait donc bien définie comme l'art de moduler ses objets d'attention et, par là, d'alléger le cauchemar engendré par le bruit. Ainsi, le sujet reçoit la force d'inventer. F. Roustang précise donc que "[l']hypnose ne se fonde pas comme la psychanalyse sur l'étude des névroses, ne prend appui sur aucune psychopathologie et n'est pas séduite par la folie... Elle ne se préoccupe pas d'interpréter."

La question de l'hypnose n'est donc pas "Pourquoi en est-il ainsi ?", mais plutôt "Comment modifier mouvements et orientations ?" "L'hypnose n'éprouve aucune nécessité de faire appel au passé. Tous les moyens que l'hypnose utilise tendent à faire surgir dans le présent des potentialités jusqu'alors insoupçonnées, le sens inclus dans les choses mêmes."

Roustang suggère que "l'hypnothérapie peut [...] s'intéresser à une manière d'être au monde, une façon de se poser dans l'existence, une modalité de fonctionnement... une énergie suffisante pour imposer une nouvelle donne, un nouveau plan, à la fois plus réaliste et plus gros d'avenir." Il constate qu'elle "bénéficie aujourd'hui d'un certain regain d'intérêt ; elle le doit peut-être à un épuisement de l'individualisme occidental, dans lequel le souci de nous distinguer, nous conduit à nous sentir fatigués du souci de soi [...], dans lequel l'autonomie est devenue absence de lien [...] Il nous appartient [...] de découvrir des appartenances dont la simplicité extrême va puiser à un autre ordre."

maîtrise à la non-maîtrise ; elle comprend une phase dite de confusion ou de dissociation qui est une transition pouvant ouvrir sur un état de modification perceptive."

La première étape de l'hypnose est une phase de confusion. Cette "absence", dans un contexte bienveillant, possède des caractéristiques physiologiques : analgésie, diminution de l'anxiété. Cette phase convient aux soins douloureux, aux gestes chirurgicaux non invasifs et aux explorations endoscopiques.

La deuxième étape de l'hypnose ouvre sur une indétermination, une augmentation du sens critique, une prise en compte de tout l'environnement. Cet état a une signature cérébrale qui montre une augmentation des processus attentionnels (7). L'état de repos cérébral, dénommé "default mode" ("mode par défaut"), confirme qu'il est congruent avec une forte activation cérébrale. Dans cette phase, il n'est donc pas un sommeil, une absence ni une indifférence, mais bien une hyperprésence qui est à même de résoudre les blocages tels que peurs, douleurs chroniques, addictions, etc.

DANS LES ÉTUDES ET EXPERTISES

L'expertise scientifique réalisée par l'unité Inserm U1178 à la demande du ministère de la Santé (direction générale de la Santé) en juin 2015 [8] rappelle que l'hypnose est une technique ancienne, utilisée pour le soin dans les sociétés occidentales depuis au moins 200 ans. Par la parole, le praticien induit chez le patient un état de conscience particulier caractérisé par une indifférence à l'extérieur et une hypersuggestibilité. Celui-ci peut être utilisé pour amplifier les ressources internes dont dispose le patient pour lutter contre l'anxiété et la douleur et faire disparaître des symptômes. La pratique psychothérapeutique de l'hypnose donne une importance majeure à la notion de présence, à laquelle le patient accède par le biais de ses perceptions sensorielles.

L'hypnose recouvre en effet un ensemble de pratiques sensiblement différentes : **l'hypnosédation** (à visée sédative, utilisée

en anesthésie), **l'hypnoanalgésie** (contre la douleur) et **l'hypnothérapie** (à visée psychothérapeutique).

Les mécanismes physiologiques à l'œuvre ont été et sont encore régulièrement étudiés. Les résultats de ces études ont permis d'objectiver des modifications du fonctionnement cérébral en lien avec la transe hypnotique, mais ils ne permettent pas encore d'expliquer complètement le phénomène.

Il existe une vingtaine d'études cliniques (incluant plus de 100 sujets) et revues de la littérature réalisées par la fondation Cochrane, dont le but était d'évaluer son efficacité dans certaines de ses indications : hypnosédation, hypnoanalgésie (accouchement, intervention chirurgicale, etc.), pathologies fonctionnelles (colopathie, bouffées de chaleur, etc.), psychiatriques (addictions, stress post-traumatique). Certaines de ces études ont de réelles qualités méthodologiques. Les résultats sont variables. En revanche, les données actuelles sont insuffisantes, voire décevantes, dans d'autres indications, comme le sevrage tabagique ou la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement. Des études qualitatives conduisent cependant à relativiser la portée de ces conclusions : les bénéfices de l'hypnose, tels que formulés par les patients, sont difficiles à traduire en termes quantitatifs, à l'aide des instruments cliniques habituellement utilisés dans les études. Par exemple, dans le traitement de la douleur, c'est l'impact émotionnel de la douleur qui serait réduit par l'hypnose, plus que l'intensité de la douleur elle-même.

Concernant l'**EMDR** (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), une technique de désensibilisation et retraitement par mouvements oculaires et de prise en charge du syndrome de stress post-traumatique, il existe 2 revues Cochrane qui confirment que cette technique est efficace dans ce contexte chez l'adulte. Toutefois, ces revues ne permettent pas de conclure chez l'enfant et l'adolescent. En ce qui concerne la sécurité de l'hypnose et de l'EMDR, les études sont rassurantes. Il faut toutefois être vigilant face aux dérives éthiques que les techniques de suggestion peuvent entraîner. Comme dans de nombreuses autres techniques de soins non conventionnels, une réglementation des pratiques serait ainsi souhaitable. Bien entendu, les études visant à évaluer son effet clinique obligent à repenser les standards méthodologiques classiques, même s'il est possible et utile de réaliser des études comparatives randomisées.

Le rapport de l'Académie nationale de médecine du 5 mars 2013 sur les thérapies complémentaires (acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi) et leur place parmi les ressources de soins (9) décrit les phénomènes physiques observables chez des sujets en état d'hypnose : "L'hypnose s'accompagne de manifestations cliniques et neurophysiologiques

qui en garantissent l'authenticité et légitiment d'une certaine façon son utilisation thérapeutique ou les tentatives qui en sont faites. La profondeur de l'hypnose augmentant, des mouvements oculaires erratiques entrecoupés de saccades apparaissent, différents de ceux du sommeil paradoxal. Un *monitoring* électro-encéphalographique peut alors montrer l'apparition d'un rythme alpha yeux fermés plus net que le rythme bêta yeux ouverts. Ce rapport souligne que les recherches en imagerie, par exemple en PET scan, montrent qu'en état d'hypnose le revécu d'une expérience autobiographique active des aires corticales sensorielles et motrices différentes de celles que produit l'évocation de la mémoire épisodique par un sujet non hypnotisé. On a décrit aussi une activation accrue du cortex pariétal (opercule) dont on sait qu'il est impliqué dans les mécanismes d'attribution à soi ou à autrui des mouvements perçus, avec une dissociation entre la perception des mouvements volontaires et celle des mouvements involontaires lors d'une suggestion hypnotique. Il souligne encore que les patients porteurs de lésions pariétales présentent une altération de leur perception consciente des mouvements et actions volontaires et que ces anomalies sont observables après induction hypnotique chez les sujets sans lésion pariétale, qui deviennent incapables de faire part de leur intention de mouvement ou d'action."

Ce texte reconnaît donc que l'hypnose et la relaxation sont aujourd'hui des outils couramment utilisés par le psychothérapeute et par certains médecins et soignants, et que leurs multiples indications en médecine en font de plus en plus "un élément précieux de ce qu'on est convenu d'appeler les thérapies conventionnelles (ThC), sachant qu'il s'agit avant tout de techniques psychothérapeutiques et psychocorporelles".

Enfin, ses rédacteurs parlent de l'évaluation de l'efficacité de l'hypnose actée dans les publications, nombreuses, relatives aux essais cliniques : dans la base *PubMed*, depuis janvier 2007, **environ 250 articles** pour "*hypnosis clinical trials*", dont plus de 60 essais contrôlés ou revues d'essais contrôlés concernant les applications de l'hypnose comme ThC, soit sur ce sujet, un total de 16 "*Revues Cochrane*". Maladies et symptômes, très divers, font l'objet de ces essais : algies idiopathiques de la face, colite ulcéreuse, convulsions non épileptiques, dépression, douleur (ou anxiété) liées aux gestes médicaux invasifs chez l'enfant et l'adulte et aux traitements dentaires, temporomandibulaires, post-traumatiques, etc. Avec, toujours, pour but du traitement, quelles que soient les "*étiquettes*" diagnostiques, la maîtrise de symptômes fonctionnels : douleur, nausées, vomissements, fatigue, insomnie, dépression, anxiété, ou de troubles d'organité incertaine, expliquent

les auteurs du rapport. "Tous les articles de la période considérée relatifs à un essai original dans ces indications, à l'exception de 2 (1 pour fibromyalgie, 1 pour dépression) montrent la supériorité (ou au moins l'égalité) de l'hypnose sur le traitement de référence ou l'absence de traitement." À noter : aucun essai n'emporte à lui seul la conviction. Toutefois, un travail publié par l'*American Journal of Gastroenterology* fait état d'un effet favorable de l'hypnose sur les anomalies biologiques et histologiques de la colite ulcéreuse en phase active (effet absent chez les patients contrôlés).

Enfin, toujours selon ce rapport, toutes les revues se heurtent à la faiblesse des effectifs, à la qualité médiocre de la méthodologie, et à l'hétérogénéité des essais qui ne permet généralement pas de faire une méta-analyse. "Dans l'ensemble, les indications les plus intéressantes semblent être la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent et les effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses, mais il est possible que de nouveaux essais viennent démontrer l'utilité de l'hypnose dans d'autres indications."

LES PROCESSUS HYPNOTIQUES

L'**Association française pour l'étude de l'hypnose médicale** (10) en retient, pour sa part, la définition suivante : "Un processus relationnel accompagné d'une succession de phénomènes physiologiques tels qu'une modification du tonus musculaire, une réduction des perceptions sensorielles (dissociation), une focalisation de l'attention dans le but de mettre en relation un individu avec la totalité de son existence et d'en obtenir des changements physiologiques, des changements de comportements et de pensées [...] L'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi." Cette définition implique que la pratique de l'hypnose recouvre 2 dimensions : à la fois un état de conscience modifiée, que l'on nomme état hypnotique, mais aussi une relation singulière.

L'état hypnotique a été caractérisé à la fois par les neurosciences (imagerie cérébrale) et par la psychologie (théorie de la dissociation psychique). Quant à la dimension de la relation, elle renvoie à une communication thérapeutique telle que l'a développée, par exemple, **Erickson**, et à une dimension intersubjective particulièrement étudiée par les hypnoanalystes (**Antoine Bioy**, responsable scientifique de l'Institut français d'hypnose). L'hypnothérapie peut donc se définir comme l'usage psychothérapeutique de l'hypnose. "Quelle que soit sa forme, elle place toujours au centre de son approche l'état hypnotique, avec une visée psychothérapeutique" (11) :

L'hypnose classique

L'**hypnose classique** se caractérise par l'**aspect directif de l'hypnotiseur**, parfois même dominant : il suggère un changement de façon directe au patient. Cette forme d'hypnose a été très largement mise de côté. D'autres courants sont venus renouveler la pratique, en particulier le courant ericksonien.

L'hypnose ericksonienne

M. Erickson (1901-1980) a utilisé lui-même l'**autohypnose** à la suite d'une poliomyélite compliquée d'une paralysie motrice et sensorielle. Dans son approche, c'est le patient qui est au centre et qui devient acteur de sa guérison. Cette pratique ne dirige pas le patient, mais l'accompagne. Elle repose sur le postulat que l'inconscient est capable de mobiliser des ressources, susceptibles de conduire aux changements désirés, et a pour but d'amener conscient et inconscient à travailler ensemble.

Il a développé de nombreuses techniques permettant à tous les patients d'accéder à l'état d'hypnose, aussi bien des techniques de communication que relationnelles et des suggestions indirectes. Ce courant a par la suite donné naissance à de nombreux courants de psychothérapie moderne : thérapie familiale, thérapie brève (stratégique, systémique), programmation neurolinguistique.

L'hypnoanalyse

L'**hypnoanalyse** est un processus dynamique qui fait le lien entre l'hypnose et la psychanalyse.

L'hypnose et les thérapies brèves (EMDR)

L'**EMDR**, thérapie brève à visée psychothérapeutique, développée par une psychologue américaine, **Francine Shapiro**, à la fin des années 1980, est beaucoup plus récente. Elle intègre certains éléments issus de l'hypnose et d'autres approches psychothérapeutiques, comme les thérapies cognitivocomportementales, l'hypnose ericksonienne, le courant psychodynamique, les approches psychocorporelles. Fondée sur le modèle du traitement adaptatif de l'information, elle est notamment utilisée dans la prise en charge du syndrome de stress post-traumatique. L'originalité de l'EMDR réside dans la combinaison de ces éléments dans un protocole de base auquel sont associés les stimulations bilatérales alternées. "L'EMDR permet la remise en route d'un traitement adaptatif naturel d'informations douloureuses bloquées (par exemple après un choc traumatique), la mobilisation de ressources psychiques et la restauration d'une estime de soi déficiente" (12).

INDICATIONS DANS L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

Les auteurs proposent d'intégrer l'hypnose dite "classique" dans la seule indication du renforcement (ou ancrage) de solutions pour un changement dans la dépendance psycho-comportementale ; l'hypnose ericksonienne chez le fumeur dépendant, chez qui on retrouve un trouble psychotraumatique, **dans une série d'indications** :

> À chaque fois qu'on identifie des antécédents de psychotraumatisme ou des signes cliniques d'état de stress post-traumatique chronique, en particulier quand on repère un fort risque suicidaire (antécédent de tentative de suicide, idées suicidaires) ;

> Quand le fumeur, **pourtant très motivé pour un sevrage** :

- et bien soulagé par un traitement pharmacologique adapté, ne parvient pas à initier une abstinence complète et maintient longtemps de petites consommations de tabac, sans dire pourquoi ;
- a pu obtenir une abstinence complète quelque temps, mais fait de multiples faux pas, consomme à nouveau (cravings puissants), sur de mauvaises gestions de ses affects négatifs ;
- maintient l'abstinence au prix de grands efforts, n'y trouve aucun avantage évident et présente une hyperactivation émotionnelle et neurovégétative,

récurrente, menaçant gravement le pronostic du sevrage et rendant la vie difficile ;

> Quand, **réellement abstinent**, le patient :

- révèle au cours de son sevrage des manifestations physiques majeures, venant gêner gravement sa qualité de vie, non soulagées par des traitements habituels : troubles majeurs du sommeil (sommeil très court, interrompu, cauchemars fréquents avec flashback, etc.), troubles digestifs majeurs (constipation, douleurs abdominales), douleurs physiques importantes (appareil osseux et musculo-ligamentaire, céphalées, etc.) ;
- bien équipé sur le plan pharmacologique par un traitement de substitution, "bascule ou glisse" vers un autre comportement addictif : mésusage de l'alcool, jeu pathologique, *work addiction*, trouble des conduites alimentaires, automutilations compulsives, etc.

Elles suggèrent un nouvel arbre décisionnel pour la prise en charge du sevrage tabagique, dans lequel l'hypnose vient prendre place.

G. Errard-Dubois et N. Jan déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

EN LIGNE 

Nouvel arbre décisionnel pour la prise en charge des fumeurs

Références bibliographiques

1. Rosen S. *Ma voix vous accompagnera* : Milton Erickson raconte. Paris : Hommes et Groupes, 1986.
2. Haley J. *Un thérapeute hors du commun*, Milton Erickson. Paris : Epi, 1984.
3. Zeig JK. *La technique d'Erickson*. Paris : Hommes et Groupes, 1985.
4. Roustang F. *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Paris : Éditions de Minuit, 2003.
5. Roustang F. *Il suffit d'un geste*. Paris : Odile Jacob, 2003.
6. Benhaiem JM. *L'hypnose aujourd'hui*. Paris : In Press éditions, 2012.
7. 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* 2002;14:887-901.
8. *Expertise scientifique Inserm U1178, demande du ministère de la Santé (direction générale de la Santé), juin 2015.*
9. Bontoux D, Couturier D, Menkes CJ. *Rapport de l'Académie nationale de médecine. Thérapies complémentaires : acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi. Leur place parmi les ressources de soins*. 5 mars 2013.
10. Sichère P. *Questions posées sur l'hypnose au Dr Jean-Marc Benhaiem. Douleurs : évaluation - diagnostic - traitement* 2007;8:329-31.
11. Bioy A, Michaux D. *Traité d'hypnothérapie*. Paris : Dunod, 2007.
12. <http://www.emdr-france.org/>