



Adrien Moulard

Hypnothérapeute · Formateur · Superviseur

Version révisée du 20 octobre 2026

VEILLE SCIENTIFIQUE · HYPNOSE

Hypnose : ce que la recherche permet d'affirmer, et ce que ça change pour ta pratique

Des repères pour la pratique, à partir de ce que la recherche sait mesurer

Version révisée du 20 octobre 2026. Elle corrige la version du 2 juillet 2026. Document d'accompagnement de la revue des fondations scientifiques de l'hypnose.

Hypnothérapie · Formation · Supervision

Séances à Paris 10e et en visio

adrienmoulard.com/veille-scientifique-hypnose

Version révisée du 20 octobre 2026. Elle corrige la version précédente (voir « Ce qui a changé » en fin de document).

Ce document accompagne la revue des fondations scientifiques de l'hypnose (Cochrane, méta-analyses, rapport Inserm 2015). Il traduit ce que la recherche actuelle sait mesurer en repères pour ta pratique : où tu peux avancer avec une base correcte, où le signal est réel mais à calibrer, où la prudence s'impose dans ton discours.

Les chiffres cités viennent en grande partie des résumés des publications. Vérifie-les dans la source avant tout usage.

Ce que cette méthode voit, voit mal, ne voit pas

L'essai randomisé voit bien les situations où l'hypnose est une technique appliquée à un problème délimité : douleur d'un geste, anxiété avant une procédure. Il voit mal les effets qui dépendent du contexte : le contrôle choisi, les attentes, le lien avec le praticien. Il ne voit pas la relation, le sens que la personne donne à la séance, la séance qui ne se reproduit jamais à l'identique. Une absence de preuve sur ce terrain ne signifie pas une absence d'effet.

Les lettres A, B, C ci-dessous classent des indications. Elles ne sont pas équivalentes aux niveaux 1, 2, 3 de la veille, qui classent chaque étude d'après la solidité de son protocole. Ne lis pas « A » comme « niveau 1 ».

A : indications où les sources convergent le plus

Procédures médicales invasives (chirurgie, radiologie, endoscopie). Les méta-analyses disponibles vont dans le même sens depuis plus de vingt ans : un bénéfice petit à modéré sur la douleur, l'anxiété et la consommation d'antalgiques. Elles reprennent en partie les mêmes essais, qui sont de qualité inégale. La méta-analyse la plus récente (Walter et al., 2025, 20 essais, 1 250 patients) rapporte des effets petits, un peu plus marqués chez les patients déjà anxieux. Point pratique : l'effet est mesuré juste après l'intervention, pas dans la durée.

Syndrome de l'intestin irritable. Effet probable à court terme, preuve de qualité faible à modérée. La revue Cochrane (4 petits essais) est de confiance faible ; l'Inserm et des méta-analyses plus récentes vont dans le même sens, avec une grande hétérogénéité (Adler et al., 2025). Option raisonnable chez des patients qui n'ont pas répondu au traitement standard, sans promesse de résultat.

Douleur et détresse de l'enfant lors de gestes invasifs. La revue Cochrane (Birnie et al., 2018, deux mises à jour depuis 2006) rapporte un effet important de l'hypnose, mais juge la qualité des preuves très faible. Les essais portent surtout sur des ponctions de moelle et des ponctions lombaires chez des enfants atteints de cancer, et viennent en grande partie d'un seul groupe de recherche. Ils ne portent pas sur les piqûres courantes ni sur les vaccins. Les auteurs soutiennent un usage clinique vu le bénéfice possible et l'absence d'effet indésirable rapporté. Tu peux présenter l'hypnose comme une option à faible risque, pas comme une pratique dont l'efficacité est établie.

Stress post-traumatique : ne fait plus partie de cette catégorie pour l'hypnose. La preuve établie concerne l'EMDR et les thérapies centrées sur le trauma, pas l'hypnothérapie. Pour l'hypnothérapie, la base est étroite (6 essais dans la méta-analyse la plus citée). Distingue-le clairement dans ton discours. Voir « Pistes » ci-dessous.

B : signal positif, à présenter avec justesse

Douleur chronique. Plusieurs méta-analyses rapportent un effet antalgique modéré. Une publication de 2025 aurait un résultat discordant sur la douleur chronique, mais je n'ai pas pu la lire : elle n'est pas prise en compte. Une analyse de sous-groupe suggère un effet plus net avec au moins 8 séances (Langlois et al., 2022). C'est un résultat exploratoire, pas un seuil à appliquer.

Céphalées et migraine. Signal positif, mais preuve jugée faible par les auteurs eux-mêmes. À présenter comme une option complémentaire, pas de première ligne.

Douleur, anxiété et nausées en cancérologie. Effet plus documenté chez l'enfant que chez l'adulte, sur un nombre d'essais restreint.

Anxiété. Effet probable, d'ampleur incertaine, sur des échantillons réduits et hétérogènes. L'effet semble renforcé quand l'hypnose est combinée à d'autres approches comportementales (Valentine et al., 2019) : à envisager en complément.

Dépression. Une méta-analyse récente porte sur l'hypnose ajoutée à la TCC, toutes cibles confondues. La donnée la plus directe est un essai de comparaison à la TCC (Fuhr et al., 2021, 152 patients) : l'hypnothérapie n'y est pas inférieure à la TCC (réponse de 44,6 % contre 38,5 %), avec un intervalle de confiance large et sans groupe sans traitement. L'essai est financé par une société d'hypnose. Pas de règle de pratique à en tirer.

Obésité. Les tailles d'effet rapportées sont très élevées, et les auteurs eux-mêmes les jugent surprenantes et à répliquer. Je n'ai pas lu le texte intégral. N'en tire pas de conseil pratique, et ne promets pas un effet différé.

Insomnie. Qualité faible des essais (11 sur 13). Des résultats plus favorables chez les personnes très suggestibles ont été observés en comparant des essais entre eux, ce qui ne permet pas d'en faire un critère d'orientation.

B bis : à ne pas sur-vendre

Sevrage tabagique. Les revues Cochrane successives et l'Inserm n'ont pas trouvé de supériorité sur les autres méthodes de sevrage. Option parmi d'autres, jamais « la » méthode qui marche mieux.

Soins dentaires (anxiété, phobie). Données insuffisantes pour établir un bénéfice net face à d'autres approches, chez l'enfant comme chez l'adulte.

Douleur de l'accouchement. Pas d'effet démontré sur la douleur ou le déroulement, mais un vécu parfois amélioré. Recentre la promesse sur le vécu et le sentiment de contrôle, pas sur « moins de douleur ».

C : pistes exploratoires

Neuf indications (trouble neurologique fonctionnel, brûlures, stress perçu, schizophrénie, bouffées de chaleur, soins palliatifs, hyperémèse gravidique, prévention de la dépression du post-partum, dyspepsie fonctionnelle) ne reposent que sur une seule source, jamais confirmée de façon indépendante. Le stress post-traumatique (hypnothérapie) rejoint cette catégorie. Pour le trouble neurologique fonctionnel, le taux de réponse de 87 % vient d'études avant-après non contrôlées. Ces indications sont à discuter avec transparence : la preuve est embryonnaire et rien ne permet de promettre un résultat.

Le point sécurité

« Aucun effet indésirable grave rapporté » veut dire aucun rapporté dans la littérature analysée en 2015 par l'Inserm. Très peu d'essais recueillent les effets indésirables de façon systématique. Des données plus récentes en montrent : dans une cohorte d'application d'hypnose (prépublication, sans groupe contrôle), 6,6 % des utilisateurs déclarent une douleur aggravée à la première séance, et une série de trois cas décrit des réactions paradoxales avec aggravation des symptômes. Le consentement éclairé reste nécessaire, ainsi qu'une prudence particulière autour de la suggestion de faux souvenirs, un risque documenté par l'Inserm. Le cadre juridique cité par l'Inserm date de 2015, et le dernier élément que j'ai retrouvé date de 2018 (réponse ministérielle refusant un titre d'« hypnothérapeute »). Je n'ai pas vérifié l'état actuel.

Ce qui a changé dans cette version

- Le stress post-traumatique n'est plus classé parmi les indications les plus solides pour l'hypnose.
- Douleur de l'enfant : la revue Cochrane est de qualité très faible pour l'hypnose, et elle a eu deux mises à jour (2013 et 2018), pas trois. Les mots « utilisable en routine » sont retirés.
- « L'effet devient net à partir de 8 séances » devient un résultat de sous-groupe exploratoire.
- « Prévenir que l'effet est différé » est retiré pour la dépression et l'obésité.
- Insomnie : la suggestibilité n'est plus présentée comme critère d'orientation.
- Indications de niveau C : « tu peux les proposer » devient « à discuter avec transparence, sans promesse de résultat ».
- Sécurité : précision sur ce que veut dire « aucun effet grave rapporté ».
- Ajout du cadre « voit, voit mal, ne voit pas » et de la réserve sur les chiffres.
- Douleur chronique : la mention d'une méta-analyse de 2025 « discordante » est retirée, faute de lecture. Elle sera réintégrée après vérification.