



**HAL**  
open science

# Utilisation de l'hypnose conversationnelle pour l'aide au sevrage tabagique en médecine générale : étude prospective sur 58 patients

Marine Pougeon

► **To cite this version:**

Marine Pougeon. Utilisation de l'hypnose conversationnelle pour l'aide au sevrage tabagique en médecine générale : étude prospective sur 58 patients. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01580414

**HAL Id: dumas-01580414**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01580414v1>**

Submitted on 1 Sep 2017

**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.



Université de NICE Sophia-Antipolis  
Faculté de Médecine



**THESE D'EXERCICE DE MEDECINE**  
Pour l'obtention du  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**UTILISATION DE L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE  
POUR L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE  
EN MEDECINE GENERALE**  
Etude prospective sur 58 patients

Présentée et soutenue publiquement à  
Nice le 28 février 2017 par

**Marine POUGEON**  
Née le 4 février 1984 à Châtenay-Malabry

**Devant le jury composé de :**

**Président :** Monsieur le Professeur **Baqué Patrick**

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur **Gardon Gilles**  
Monsieur le Professeur **Hofliger Philippe**  
Monsieur le Professeur **Pringuey Dominique**  
Monsieur le Docteur **Cherikh Faredj**

**Directeur de thèse :** Monsieur le Professeur **Bioy Antoine**



## UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Liste des professeurs au **1er septembre 2016** à la Faculté de Médecine de Nice

**Doyen**

**M. BAQUÉ Patrick**

**Vice-Doyen**

M. BOILEAU Pascal

**Assesseurs**

M. ESNAULT Vincent  
M. CARLES Michel  
Mme BREUIL Véronique  
M. MARTY Pierre

**Conservateur de la bibliothèque**

Mme DE LEMOS Annelysse

**Directrice administrative des services**

Mme CALLEA Isabelle

**Doyens Honoraires**

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

**Professeurs Honoraires**

M ALBERTINI Marc  
M. BALAS Daniel  
M. BATT Michel  
M. BLAIVE Bruno  
M. BOQUET Patrice  
M. BOURGEON André  
M. BOUTTÉ Patrick  
M. BRUNETON Jean-Noël  
Mme BUSSIERE Françoise  
M. CAMOUS Jean-Pierre  
M. CANIVET Bertrand  
M. CASSUTO Jill-patrice  
M. CHATEL Marcel

M. HARTER Michel  
M. INGLESAKIS Jean-André  
M. JOURDAN Jacques  
M. LALANNE Claude-Michel  
M. LAMBERT Jean-Claude  
M. LAZDUNSKI Michel  
M. LEFEBVRE Jean-Claude  
M. LE BAS Pierre  
M. LE FICHOUX Yves  
Mme LEBRETON Elisabeth  
M. LOUBIERE Robert  
M. MARIANI Roger  
M. MASSEYEFF René

M. COUSSEMENT Alain  
Mme CRENESSE Dominique  
M. DARCOURT Guy  
M. DELLAMONICA Pierre  
M. DELMONT Jean  
M. DEMARD François  
M. DOLISI Claude  
M. FRANCO Alain  
M. FREYCHET Pierre  
M. GÉRARD Jean-Pierre  
M. GILLET Jean-Yves  
M. GRELLIER Patrick  
M. GRIMAUD Dominique

M. MATTEI Mathieu  
M. MOUIEL Jean  
Mme MYQUEL Martine  
M. OLLIER Amédée  
M. ORTONNE Jean-Paul  
M. SAUTRON Jean Baptiste  
M. SCHNEIDER Maurice  
M. TOUBOL Jacques  
M. TRAN Dinh Khiem  
M VAN OBERGHEN Emmanuel  
M. ZIEGLER Gérard

#### M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

#### M.C.U. Honoraires

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

## PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

## PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)

M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

## PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

## PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale

## PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

Mme ROSE Patricia Anglais

## MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)  
M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)  
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)  
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)  
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)  
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)  
M. DARMON David Médecine Générale  
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)  
M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)  
M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)  
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)  
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)  
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)  
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)  
M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)  
Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)  
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)  
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)  
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)  
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)  
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)  
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)  
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)  
Mme SEITZ-POLSKI barbara Immunologie (47.03)  
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)  
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

## PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

### PROFESSEURS ASSOCIES

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
M.	GONZALEZ Jean-François	Chirurgie Orthopédique et traumatologie ( 50.02)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale
M.	WELLS Michael	Anatomie-Cytologie ( 42.03)

### MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M.	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale

### PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

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



*« Notre esprit, lorsqu'il s'épanouit au contact d'une sensation ou d'une idée nouvelle, ne reprend plus jamais ses dimensions initiales. »*

Oliver Wendell  
Holme

## REMERCIEMENTS

---

*Je dédie cette thèse tout particulièrement*

*A mes parents que j'aime.*

*Merci de votre Amour et votre soutien durant toutes ces années.*

**Papa**, tu m'as appris qu'il n'y a rien de plus précieux que la vie et la santé. Sans doute mon choix professionnel n'y est-il pas étranger. Je suis fière d'être ta fille, merci pour tout.

**Maman**, en lisant cette thèse tu seras sans doute ravie de constater que je n'ai pas complètement abandonné mon penchant littéraire. Merci de m'avoir portée et supportée !

A Monsieur le **Professeur Patrick Baqué Doyen de la faculté de Médecine**

Merci de me faire l'honneur de présider de ce jury de thèse. Votre intérêt et votre engagement pour les Médecines Non Conventionnelles nous offrent à tous en tant qu'étudiants et soignants, l'opportunité de faire de belles découvertes, et de mieux explorer tout ce qui nous reste à découvrir pour pratiquer une Médecine au plus proche de nos patients et de ce que nous sommes. Que ce travail soit l'occasion de vous exprimer le témoignage de ma reconnaissance et de mon grand respect.

A Monsieur le **Professeur Antoine Bioy**

Merci d'avoir accepté avec tant d'enthousiasme, la direction de cette thèse. Votre présentation au congrès de Paris, ainsi que votre implication dans la recherche en Hypnose, m'ont permis d'envisager la réalisation d'une thèse dans ce domaine. Merci également pour votre disponibilité et votre bienveillance qui m'ont soutenues tout au long de ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur **Gilles Gardon**

Merci d'avoir accepté de juger ce travail qui me tenait à cœur, ainsi que de votre enseignement durant mes études. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus haute considération.

A Monsieur le **Professeur Hofliger**

Merci d'avoir accepté de faire partie mon jury de thèse ainsi que de votre implication dans la formation des étudiants en Médecine Générale. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur **Dominique Pringuey**

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury sans me connaître et d'honorer mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus haute considération.

A Monsieur le Docteur **Faredj Cherikh**

Merci d'avoir accepté de juger mon travail avec tant d'enthousiasme. Notre échange, ainsi que votre intérêt pour le sujet et le développement de l'utilisation de l'hypnose en addictologie, ont été pour moi une motivation supplémentaire à la fin de l'élaboration de ce travail. Soyez assuré de mon estime et de ma reconnaissance.

### *A ma famille, qui est venue de loin*

**A Olive**, Chounet, mon Yéyé, mon Tatoyon, je suis tellement fière de toi... Toi que j'ai vu grandir à base de « kaméaméa » (désolée pour l'orthographe), de : « je vais t'envoyer en orbite sur la lune », et de « la vie la vie » notre passion commune... Garde ton âme d'enfant. Je t'aime, et je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

**A Sylvie et Marie-Odile**, les tantines, vous me faites l'immense plaisir de venir assister à ma soutenance, rien que ça me fera dépasser le stress de parler en public (ou pas !) j'espère que nous aurons l'occasion de nous voir davantage à l'avenir.

**A Papé**, je pense souvent à toi même si je n'appelle pas assez.

**A Jenny ma couzcouz**, maintenant maman ! ça fait drôle ! J'espère avoir l'occasion de rencontrer ta petite merveille et je vous souhaite beaucoup de bonheur.

**A Nico, Julia et Amélie** : vous ne pouvez imaginer à quel point je suis touchée que vous soyez présents pour ma soutenance de thèse. Je vous souhaite beaucoup de bonheur dans cette nouvelle vie tous les trois.

**A ma famille plus éloignée : Charline, Eva, Gérard, Edo et Renaud** et tous les autres.

**A ma Mamie**, premier « Docteur Pougeon » du nom, à défaut d'en avoir eu la fonction C'est une chance pour moi de t'avoir connue et je sais qu'entre tous c'est certainement toi la plus fière de moi aujourd'hui, tu es ma bonne étoile...

**Ainsi qu'à Nanie et Papi...**

### *A ma belle famille, qui porte bien son nom*

**A Emilie**, Merci pour ta relecture des derniers instants. Je suis ravie que tu fasses désormais partie de notre famille (peut-être un jour encore plus officiellement ?), j'adore ta joie de vivre ta générosité et ton dynamisme. Je vous souhaite d'être heureux tous les deux.

**A Marie Pierre et**

**A la Famille Sanchez, une famille en or :**

**Audrey**, merci de ton soutien et de ta bienveillance, **Fabrice, Nahia et Antton** ne changez rien vous êtes au top ! Des muxus !

*A mes amies, qui m'ont accompagnée tout au long de mon cursus, mes amis d'hier et d'aujourd'hui*

**Sophie**, depuis le volley, les années lycées, puis les premières années de fac', on a partagé des expériences parallèles. Je suis ravie de voir que tu trouves au Canada ton accomplissement professionnel ainsi que personnel avec **Mathieu et Oïhan** : bienvenue petit gars !

*A la Siu Colle Team : même si cela n'a pas été la période la plus drôle, grâce à vous ne restent que les meilleurs instantanés de cette vie là, et ils ont un supplément d'âme :*

**Iz** tu es une nana en or ! Souvent là où on ne t'attend pas et ce quel que soit ton mode : de Iz la déjantée à Iz la cérébrale, tu peux me surprendre dans ta folie comme dans tes réflexions...tu fais partie ceux sur qui on peut compter.

**Laurianne** la pétillante, quand je pense à toi c'est d'abord ton rire que j'entends ; J'aimerais tellement te compter dans mon entourage de proximité... vient à Nice ! je te kiffe ma poule !

**Déborah** pour ces bons moments passés, ton humour, ta gentillesse et ta sincérité sans oublier les heures à réviser « la triade de l'externe » et autres réjouissances. J'espère que nos chemins se recroiseront un jour, que ce soit à Nice, Bordeaux ou ailleurs.

**Léa** ca y est nous y sommes ! Docteurs en Médecine plusieurs années après la D4, finie la galère, bonjour la vie, bonjour **Anaé** ! Au plaisir de rencontrer ta petite famille maintenant que tu es dans les parages...

*A mes Amis Niçois*

**Rania**, amie de la première heure d'internat mais aussi des dernières minutes : mon héroïne de la procrastination, (enfin là.. je ne peux plus rien dire) tu vis tellement à deux mille à l'heure que tu donnes parfois l'impression de vivre dans un autre espace temps... j'espère que nos curseurs s'arrêteront davantage sur le même, maintenant que je vais être un peu plus disponible. Tu es quelqu'un de formidable, passionnée, tu as la générosité du cœur (et du reste d'ailleurs !) alors oui je suis d'accord tu vaut largement tes 8,5/10 !!! et **Karim**, roi du shopping et de la géopolitique, de Don Saumon à Karimov' « moulticoultoirel »!

**A la Nice Family** pour tous les bons moments passés.

**Camille et Jo** : Merci de tous ces moments partagés, votre amour et votre bonheur rayonne autour de vous, merci d'avoir été là. Camille, il me semble qu'à un certain réveillon nous parlions de projets pour 2017 : on y est... je te laisse la primeur ! Jo au fait : sais tu qu'il y a une autre Marine qui me ressemble ? Bon elle par contre, « c'est une course » ;-) ainsi que **Chantal et Guy** : Merci de vos conseils et de votre bienveillance à l'égard de nous tous.

**Audrey** dite Juliette, notre fille spirituelle, je suis contente d'avoir pu te suggérer un sujet de thèse et je reste admirative de la qualité de ta soutenance ! Reste comme tu es : droite et intègre et ne laisse personne faire gonfler ta petite veine ! et **Solo** : j'espère qu'on se verra d'avantage ces prochaines semaines, peut être autour du son de cette fameuse guitare ?

**Gaëlle Alex et Mélodie** : Merci d'avoir été là quand j'en avais besoin.

**Léo** la passionnée qui vit chaque jour et chaque chose intensément, que ce soit en amour ou au « jeu de boules » ;) et **Cyril** qu'on ne demande qu'à découvrir davantage, vous savez que vous êtes les bienvenus à la maison quand vous le souhaitez.

**Mariangela, Walid, Alessandro et le bébé à naître**, Walid, je t'en prie, toi qui as une si belle famille, ne joue pas trop avec la mienne au bloc !

**Océane et Mika** : pour les soirées belote ou autres jusqu'à 6 du mat' : préparez vous je suis bientôt de retour !!

**Sindy** merci pour ta patience ta franchise et ton franc parler... tu le sais : tu es en haut de la liste !!

**A la Panda's Family, Sophie et Damien**, Médecins la semaine et vigneron du dimanche, Sophie je suis opé pour l'après-thèse !

**Céline Cédric et Alice** c'est toujours un plaisir de passer un moment en votre compagnie, faisons qu'ils soient plus nombreux !

**Aux belles rencontres de l'internat : Céline**, pour ta spontanéité, ton naturel et ta sincérité, j'espère que tu es heureuse à Paris et qu'on ne se perdra pas de vue. **Camille**, pour notre passion partagée et ta joie de vivre ; **Vivi la belle vie** (j'te kiffe ! même si on se voit pas assez), **Marlène, Lauryl, Marina, et Maxence** ainsi que tous les autres.

*A toutes les personnes présentes dans « ma double vie »*

**Karenn**, Merci de ton travail quasi quotidien à nos côtés, **Jessica**, la « Tata carottes », **Marion Gaëlle et Marilyne**. Merci d'avoir pris soin de mon Diamant, cela m'a permis de me consacrer pleinement à ce travail.

**A Elodie** : de Bordeaux à Nice nos trajectoires sont parallèles, sauf peut être à Isola !! Tu es une des rares à avoir suivi la progression et l'évolution de mes différents centres d'intérêts qu'ils soient personnels, sportifs ou professionnels.

**A Sandrine, et Diane** à très vite sur les terrains de concours.

**A Bernard**, mon meilleur sujet à ce jour! (Bon il n'y en a pas 50...) Maintenant que tu es dans le Sud Ouest, la chasse, le canard, et le reste, le Bonheur !

*A tous ceux qui m'ont apporté leur aide dans la réalisation de ce travail*

**Christophe, Gilles** et **José** les doc' des Mimosas, qui m'ont aidée dans la réalisation de ce travail, ainsi qu'aux Christophiles, Gilouphiles et Joséphiles.

**Fabien** Merci pour la justesse et la grande précision de tes remarques sur ce travail, peut être auront nous l'occasion de travailler ensemble sur des chirurgies éveillées ?

**Sophie et Emilie** pour vos corrections orthographiques : Merci !

Aux patients du cabinet des Mimosas qui ont si gentiment accepté de répondre à mes questions.

A tous mes enseignants, professeurs, co-internes, externes et belles rencontres du milieu médical ainsi qu'aux médecins que j'ai eu la chance de rencontrer au cours d'enseignements d'hypnose.

**Aux membres de l'Observatoire des Médecines Non Conventionnelles** avec notamment **Florence** Blazeix-Cabane, **Sophie** Barbe et **Marie** Baqué-Juston : Merci pour votre gentillesse et votre bienveillance, j'espère pouvoir de nouveau parler hypnose avec vous.

**A l'Hypnose**, mère et fille de la médecine. Quand j'ai poussé cette porte j'ai retrouvé ce sentiment d'intérêt immense mêlé de curiosité et d'envie ressenti il y a dix ans lorsque j'ai commencé mes études médicales. L'hypnose a d'emblée recadré ma pratique et élargit mes perspectives professionnelles.

## **A Florent :**

Depuis plus de 12 ans nous nous sommes vus grandir en tant qu'individus ainsi que professionnellement. Je t'admire pour ce que tu fais, la façon dont tu le fais, mais surtout en tant que personne, pour ce que tu es.

Merci pour ton aide logistique de ces derniers mois, tes conseils informatiques, méthodologiques, statistiquement... significatifs !! mais aussi... « Significativement » positifs ;-).

Merci pour ton soutien inestimable.

Merci enfin de me suivre dans mes aventures, qu'elles soient équestres, (même à 1h du matin !) ou tout autres...

A toutes les rencontres passées et futures,

**A L'Amour, à la Vie.**



*« Les médicaments les plus efficaces pour l'homme  
sont les mots »*

*Rudyard Kipling*

*« Aucun problème ne peut être résolu sans changer  
le niveau de conscience qui l'a engendré. »*

*Albert Einstein*

# Table des matières

---

Liste des abréviations .....	21
------------------------------	----

## INTRODUCTION

I. Qu'est-ce que l'hypnose ? .....	23
A. Représentations à propos de l'hypnose .....	23
B. Principes et tentatives de définition .....	24
1. L'hypnose en tant qu'état .....	25
2. L'hypnose en tant que technique .....	27
a) L'alliance thérapeutique.....	27
b) L'induction.....	28
c) La dissociation .....	28
d) La terminaison .....	28
e) Spécificité de l'autohypnose.....	29
3. L'hypnose en tant que relation .....	29
II. Hypnose et neurosciences : bases neurophysiologiques de l'hypnose .....	31
A. Les différents moyens techniques à disposition des neurosciences.....	31
1. L'électroencéphalographie (EEG) et EEG haute densité.....	31
2. La magnétoencéphalographie (MEG) .....	31
3. La Tomographie par émission de positons (TEP) .....	32
4. L'IRM fonctionnelle (IRMf) et l'IRM de diffusion.....	32
5. Le fUltrasound .....	33
B. Résultats des différentes études concernant l'activité cérébrale sous hypnose.....	34
1. Activité cérébrale au cours de l'expérience hypnotique.....	34
2. Modulation hypnotique des expériences perceptives.....	35
a) Modulation de la douleur par l'hypnose : l'analgésie hypnotique .....	35
b) Hypnose et effet placebo .....	37
c) Phénomènes idéosensoriels : hallucinations hypnotiques visuelles et auditives	38
3. Volonté du sujet, notions de dissociation et d'imagination.....	39
4. Fonctionnement de la mémoire sous hypnose .....	40
5. Conclusion.....	40
C. Indications de l'hypnose et recommandations .....	41
D. Contre-indications, limites, aspects réglementaires et éthiques de la pratique de l'hypnose.....	43
III. Hypnose Ericksonienne ou Nouvelle Hypnose .....	44
A. Notion d'hypnotisabilité/suggestibilité .....	44
B. Différents types d'hypnose .....	45
1. Hypnose Conversationnelle :.....	45
2. Hypnose Formelle :.....	45

a)	Hypnose classique directive .....	45
b)	Hypnose contemporaine permissive, dite Ericksonnienne ou Nouvelle Hypnose	45
c)	L'hypnoanalyse : .....	46
C.	Etats apparentés à l'hypnose chez l'animal : exemple de l'immobilité tonique .....	46
IV.	Place de l'hypnose en Médecine Générale .....	47
A.	Définition de la Médecine Générale .....	47
B.	Médecines Non Conventionnelles .....	48
C.	Utilisation de l'hypnose dans la relation médecin malade .....	50
1.	Autonomisation du patient .....	50
2.	Relation intrinsèquement thérapeutique .....	51
3.	Relation hypnotique .....	52
V.	Le tabagisme en France .....	54
A.	Aperçu épidémiologique .....	54
B.	Physiopathologie de l'exposition à la fumée .....	55
C.	Addiction/Dépendance définitions, bases psycho-comportementales et neurophysiologiques .....	56
1.	Addiction/Dépendance définitions .....	56
2.	Différents aspects de la dépendance au tabac .....	57
a)	La dépendance comportementale .....	57
b)	La dépendance psychologique .....	57
c)	La dépendance physique ou pharmacologique .....	58
3.	Bases neurophysiologiques de l'addiction .....	59
D.	Moyens médicamenteux de sevrage tabagique .....	61
1.	Les Traitements Nicotiques de Substitution .....	61
2.	Traitements de seconde intention : Varécline et Bupropion .....	61
3.	Cas particulier de la cigarette électronique .....	62
E.	Moyens non médicamenteux de sevrage tabagique : les thérapies de changement comportemental .....	63
1.	Les différents types de changement selon Watzlawick .....	63
2.	Modèle transthéorique de changement comportemental selon Prochaska et DiClemente .....	63
3.	Le conseil bref d'arrêt .....	66
4.	Psychothérapie de soutien et entretien motivationnel .....	66
5.	Thérapies cognitivo-comportementales .....	67
6.	L'Hypnose pour le sevrage tabagique dans la littérature .....	68

## MATERIEL ET METHODE

I. Présentation de l'étude .....	69
A. Schéma de l'étude .....	69
B. Objectif principal .....	69
C. Objectifs secondaires .....	69
D. Consentement .....	69
E. Critères d'inclusion .....	69
F. Critères de non inclusion et d'exclusion .....	70
G. Constitution des groupes .....	70
H. Réalisation des interventions .....	70
1. Intervention d'hypnose conversationnelle .....	70
2. Intervention de conseil bref de sevrage tabagique .....	71
II. Critères d'évaluation .....	71
A. Critères aspécifiques / caractéristiques de la population .....	71
B. Critères spécifiques .....	72
1. La motivation à l'arrêt .....	72
2. La dépendance physique au tabac .....	73
C. Recueil des données .....	73
1. A l'inclusion .....	73
2. A 6 mois .....	73
III. Analyse statistique .....	74
A. Matériel .....	74
B. Analyse des données .....	74
1. Analyse des données quantitatives .....	74
2. Analyse des données qualitatives .....	74

## RESULTATS

I. Caractéristiques de la population à l'inclusion .....	75
II. Recueil des données à 6 mois .....	76
III. Evolution des stades de changement comportemental selon Prochaska et DiClemente .....	76
A. Evolution du Prochaska dans la population totale .....	76
B. Evolution du Prochaska au sein du groupe hypnose .....	77
C. Evolution du Prochaska au sein du groupe conseil bref .....	78
D. Comparaison entre les deux groupes .....	78
IV. Evolution de la dépendance tabagique / score Fagerström .....	79
A. Evolution du Fagerström dans la population totale .....	79
B. Evolution du Fagerström au sein du groupe hypnose .....	80
C. Evolution du Fagerström au sein du groupe conseil bref .....	81
D. Comparaison entre les deux groupes .....	81

V. Evolution du nombre de cigarettes consommées par jour .....	82
A. Evolution dans la population totale .....	82
B. Evolution au sein du groupe hypnose .....	82
C. Evolution au sein du groupe conseil bref.....	83
D. Comparaison des deux groupes .....	83

## DISCUSSION

I. Synthèse des principaux résultats .....	84
II. Mise en perspective des résultats et confrontation à la littérature.....	85
A. Hypnose versus interventions psycho-comportementales.....	85
1. Hypnose intensive versus conseil bref.....	85
2. Séance d'hypnose de groupe versus relaxation .....	85
B. Hypnose versus TNS .....	86
C. Combinaison d'interventions.....	86
D. Revue de la littérature.....	87
E. Intérêt du choix du groupe contrôle « conseil bref » .....	89
III. Critique de notre étude.....	90
A. Choix du type d'étude .....	90
1. Choix du groupe contrôle.....	90
2. Choix de l'hypnose conversationnelle .....	90
3. Choix du critère de jugement principal.....	90
B. Population étudiée.....	91
1. Une population cible large .....	91
2. Echantillonnage .....	91
3. Impact du niveau d'étude des patients.....	92
C. Possibles biais .....	92
1. Etude en aveugle .....	92
2. Investigateurs multiples.....	92
3. Taille des groupes et perdus de vue .....	93
D. Recueil des données .....	93
1. Intention de traiter .....	93
2. Recueil des données en aveugle.....	93
3. Recueil des critères de jugement.....	94
IV. Implications pour la pratique et ouvertures .....	95

## CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE.....	98
--------------------	----

ANNEXES.....	108
--------------	-----

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	118
---------------------------	-----

RESUME.....	120
-------------	-----

## Liste des abréviations

---

**APA** : American Psychological Association  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**TEP** : Tomographie par Emission de Positons  
**IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique  
**IRMf** : Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle  
**DSCr** : Débit Sanguin Cérébral régional  
**EEG** : Electroencéphalographie  
**MEG** : Magnétoencéphalographie  
**CCA** : Cortex Cingulaire Antérieur  
**AMS** : Aires Motrices Supplémentaires  
**CCP** : Cortex Cingulaire Postérieur  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**IT** : Immobilité Tonique  
**WONCA** : World Organisation of family doctors  
**EBM** : Evidence Based Medicine  
**MNC** : Médecine Non Conventionnelle  
**DSM-V** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
**CIM-10** : Classification Internationale des Maladies 10<sup>e</sup> révision  
**TCC** : Thérapie Cognitivo-comportementale  
**TNS** : Traitements Nicotiniques Substitutifs  
**EM** : Entretien Motivationnel  
**PA** : Paquets/années  
**IMC** : indice de Masse corporelle

# INTRODUCTION

---

La lutte contre le tabagisme est un enjeu de santé publique majeur sur le plan national et international.

Environ 70% des fumeurs consultent au moins une fois par an un médecin généraliste, mais très peu, sur les deux tiers qui déclarent vouloir arrêter de fumer, expriment spontanément une demande d'aide au sevrage (1).

Les bénéfices liés à l'arrêt de la consommation sont si importants en terme de morbi-mortalité, (et ce quelque soit l'âge<sup>a</sup> (2)), qu'il paraît donc important que le médecin prenne l'initiative d'évoquer et dépister le tabagisme, afin d'encourager cette démarche.

Or, nous savons que cette prise en charge nécessite du temps (3), alors que parallèlement, la durée moyenne de consultation actuelle est de 16 minutes pour répondre à 3 motifs de consultation en moyenne (4).

De plus, les moyens thérapeutiques dont nous disposons actuellement restent limités, notamment en ce qui concerne la prise en charge des aspects psycho-comportementaux de l'addiction.

Ainsi, le sevrage tabagique reste un problème trop peu pris en charge en médecine générale au regard de l'importance pourtant majeure qu'il constitue.

L'approche globale qu'a le Médecin Généraliste à propos de son patient, lui permet pourtant de prendre en compte la dimension psychoaffective, en plus des aspects biologiques impliqués dans la consommation de tabac. Cependant, il ne dispose que de peu d'outils efficaces et faciles à mettre en place pour cela, et la nature hautement addictive du tabac pose de véritables difficultés pour le sevrage.

Les processus mis en jeu dans la motivation au sevrage sont complexes. Il est donc nécessaire d'explorer toutes les possibilités thérapeutiques, et de développer des interventions, qui, pour être utilisables en pratique, doivent être efficaces, brèves et doivent pouvoir s'adresser de manière systématique à tous les patients, quelque soit leur motif de consultation.

Dans le contexte médico-économique actuel, nous faisons l'hypothèse que l'utilisation de l'hypnose en Médecine Générale pourrait être un complément intéressant, mais il existe encore trop peu de preuves validées concernant l'efficacité de l'hypnose dans l'aide au sevrage tabagique.

Après avoir présenté ce qu'est l'hypnose, quels en sont les fondements neurophysiologiques, et les différentes formes d'utilisation, nous verrons quelle place elle peut occuper dans le cadre de l'exercice de Médecine Générale, notamment dans l'indication particulière de la prise en charge des patients fumeurs. Pour cela, notre étude se propose de montrer que l'hypnose conversationnelle<sup>b</sup> peut apporter un réel bénéfice par rapport au conseil bref d'arrêt du tabac tout en s'intégrant facilement à la consultation.

---

<sup>a</sup> Cf. Annexe 1: Effets de l'arrêt du tabac sur la survie respectivement jusqu'à 35, 40, 45, 50 et 60 ans.

<sup>b</sup> Hypnose conversationnelle: utilisation, au cours d'un échange verbal avec le patient, de procédés communicationnels identiques à ceux utilisés en hypnose formelle, mais sans induction de transe préalable.

## I. Qu'est-ce que l'hypnose ?

### A. Représentations à propos de l'hypnose

« On ne soupçonne pas toujours que l'hypnose qui pour certains n'évoque guère que le clinquant du music-hall, renvoie à des problèmes qui touchent en fait aux racines de la conscience humaine » (5). Les représentations<sup>a</sup> (6) à propos de l'hypnose, que ce soit chez les professionnels de santé ou chez les patients, sont le résultat de son histoire chaotique. Nous les retrouvons dans la façon d'évoquer l'hypnose, que ce soit dans la littérature (par exemple, « *Le livre de la jungle* » de Rudyard Kipling), le cinéma ou les médias (7) qui diffusent essentiellement une image d'« hypnose-spectacle » évocatrice de perte de contrôle, d'un patient automate sans volonté propre, et de toute puissance du thérapeute, à mille lieux de ce que peut être l'hypnose médicale à visée thérapeutique.

Or, les données de la littérature montrent que « *la représentation sociale de l'hypnose joue un rôle central dans la détermination des attitudes du sujet et de l'hypnothérapeute par rapport à l'hypnose* » (8) et que « *Les connaissances, attitudes et croyances à propos de l'hypnose sont des facteurs critiques dans la détermination de la réponse à la suggestion hypnotique* » (9). Cependant, certaines études montrent que ces représentations sont susceptibles d'évoluer (10).

Parfois, il peut donc être utile d'utiliser un type de communication hypnotique sans l'exprimer de manière explicite. En effet, savoir si on utilisera le terme « hypnose » est fonction du contexte et des besoins de chaque patient, dans la mesure où la verbalisation du mot « hypnose » constitue, en soi, une intervention affectant le phénomène (11).

D'autres fois, la démystification, par une meilleure explication de ce qu'est l'hypnose, est donc l'étape préalable à tout travail présenté explicitement comme tel, ce qui en renforce alors d'autant l'impact (12).

---

<sup>a</sup> D'après le dictionnaire Larousse : en psychologie, une représentation correspond à une perception ou image mentale, dont le contenu se rapporte à un objet, une situation, ou une scène du monde dans lequel vit le sujet. « Les représentations orientent nos comportements. Il s'agit de notre façon de percevoir le monde, d'y donner sens, de nous représenter notre relation aux autres et à l'action. » (6)



## B. Principes et tentatives de définition

L'utilisation d'états de conscience modifiée à visée thérapeutique remonte aux origines de la Médecine et de l'Humanité, prenant différentes formes et appellations au cours des âges, et au sein de chaque culture. L'hypnose est notre dénomination occidentale actuelle pour désigner l'une de ces pratiques.

Pour certains, comme Jean Becchio, quelques peintures d'art pariétal, notamment celles de la salle de « la grotte du sorcier » à Lascaux, pourraient être interprétées (sans qu'il en existe de preuve formelle) comme des représentations préhistoriques d'états de conscience modifiée.

En Mésopotamie, il y a plus de 6000 ans, les Sumériens à l'origine de la plus ancienne langue écrite connue, pratiquaient déjà l'accompagnement en paroles, ce dont témoigne un manuscrit cunéiforme décrivant les guérisons obtenues grâce aux « états modifiés de conscience », ainsi que les dits états.

D'autres traces ont également été retrouvées sur les continents asiatique, africain, et américain. En Europe, l'hypnose a été utilisée à but analgésique et anesthésique lors des prémices de la chirurgie, mais l'avènement de l'anesthésie a conduit à sa relégation à un second plan.

Le phénomène hypnotique a donc un caractère universel, et ses représentations et utilisations ont évolué dans le temps et l'espace, parallèlement à l'homme, disparaissant et réapparaissant alternativement selon les paradigmes de chaque époque.

Mais qu'est-ce que l'hypnose ? La question n'est pas si anodine qu'elle y paraît. Les nombreuses formes et appellations qui lui ont été attribuées au cours de l'histoire et selon les endroits du globe, sont peut-être à l'origine du flou qui existe quant aux représentations qui existent à son égard, que ce soit dans le grand public ou chez les professionnels de santé, mais pas seulement.

On peut constater que la confusion est tout d'abord d'origine sémantique, contenue au sein même du terme « hypnose ».

En effet, étymologiquement le mot « hypnose » vient du Grec « Hypnos » signifiant sommeil. Dans la mythologie, Hypnos est le Dieu bienveillant du sommeil qui répare les blessures, fils de la nuit, frère de la mort et père de Morphée. « Hypnos » est donc également la racine du mot « hypnotique », à juste titre utilisé pour parler d'un médicament inducteur de sommeil.

Ce terme d'« hypnose » est relativement récent, puisqu'il date du 19<sup>ème</sup> siècle, la paternité en étant communément attribuée à James Braid, chirurgien Ecossais. Il a en réalité été utilisé pour la première fois en 1820 par Etienne Felix d'Henin de Cuvilliers (13). Quoi qu'il en soit, le choix erroné de ce terme évocateur de sommeil s'explique de par son inscription dans les représentations de l'époque sur l'hypnose, en l'absence d'autre moyen pour la définir.

En effet, nous savons maintenant, grâce aux progrès scientifiques, que l'hypnose correspond bien à un état de veille et aucunement à un sommeil (14)(15).

« *Le premier risque, lorsque l'on parle d'hypnose est donc le quiproquo* »... En effet, le mot « hypnose » en plus d'avoir pour racine quelque chose qu'il n'est pas, « signifie à la fois un état, les moyens d'y parvenir et enfin un processus d'action thérapeutique qui découle de son usage » (16).

C'est pourquoi l'hypnose et les phénomènes qu'elle sous-tend, est sans cesse renommée : « Hypnose Ericksonnienne », « Nouvelle Hypnose », ou autres, et les termes choisis actuellement essaient de la départir de cette notion de sommeil.

On comprend mieux pourquoi, bien qu'il soit universel, il n'existe pas de définition consensuelle à ce phénomène riche et complexe qui a évolué dans le temps, et s'inscrit de façons diverses dans chaque contexte culturel. Cela est vrai également sur un plan thérapeutique, car l'hypnose est inscrite dans les représentations socio-culturelles de chaque patient; en effet, comme le dit Jean Godin : « *toute hypnose est hypnose de culture* » (17).

Cependant, nous pouvons considérer à l'instar de Patrick Bellet que les différentes définitions ne s'opposent pas, « *elles se complètent, paradoxalement distinctes et associées* » (18). Afin de tenter d'en préciser les contours, nous en ferons l'analyse sur le modèle de Gérard Salem pour qui le terme d' « hypnose » désigne en fait trois types de phénomènes :

- l'état hypnotique dans lequel est plongé le sujet hypnotisé, qui correspond à ce qu'on appelle la transe hypnotique, et qui peut être de profondeur variable.
- la technique utilisée par l'hypnothérapeute : dont induction, confusion, dissociation et suggestion sont des axes majeurs.
- l'interaction particulière qui s'établit entre hypnothérapeute et hypnotisé.

## **1. L'hypnose en tant qu'état**

L'hypnose est un phénomène naturel, physiologique, que nous connaissons et expérimentons tous, plusieurs fois par jour, de façon involontaire, la plupart du temps sans nous en rendre compte. Selon Ernest Rossi, cette hypnose spontanée surviendrait selon un « cycle ultradien de 90 minutes ». Pour lui, la conscience et la vigilance, orientées vers la réalité extérieure sont des « états » fluctuant en permanence, la transe se faisant et se défaisant à chaque instant n'est donc pas quelque chose de statique. Cela explique l'apparition de moments de transe spontanée lorsque nous sommes « dans la lune » le regard fixe, lointain, ou lors de l'absorption dans un livre, un travail, ou une tâche monotone (comme un trajet linéaire en voiture qui nous donne une impression de distorsion temporelle par exemple).

Notons que la transe spontanée peut être positive, pour le bien-être de l'individu ou négative (lorsque le sujet est focalisé sur des éléments négatifs : anticipation douloureuse ou anxieuse, par exemple).

En 1955 la British Medical Association donne la définition suivante : « *L'hypnose est un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être induit 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 sensibilité 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* »

En 2015, l'American Psychological Association (APA) propose une nouvelle définition de l'hypnose comme étant « *un état de conscience (consciousness) impliquant une focalisation de l'attention et une diminution de la conscience périphérique (awareness) caractérisé par une capacité accrue de réponse aux suggestions* » (19).

Pour M.H. Erickson, dont l'hypnose la plus pratiquée actuellement porte le nom, « *l'hypnose est la perte de la multiplicité des centres d'attention, et ce changement d'état de conscience est caractérisé par une absorption sur un centre d'expérience interne, à l'exclusion d'autres stimuli non pertinents* »

En France, Chertok parle de « *quatrième état* », après la veille, le sommeil, et le rêve. Pour François Roustang (dans le même esprit que Rossi), la définition la plus souvent évoquée pour l'hypnose, en tant qu'« *état modifié de conscience* », est inexacte. En effet, la notion d'« *état* » est incorrecte, car trop figée, l'hypnose étant un processus dynamique, une remise en mouvement favorisant le changement (20).

François Roustang préfère donc parler de « *veille généralisée* » ou de « *veille paradoxale* ». Ceci en référence au sommeil paradoxal, phase d'activité intense, au cours de laquelle surviennent les rêves, productions cérébrales parfois extrêmement réalistes, donnant une impression de réel vécu au réveil.

Plus récemment, l'hypnose a pu être définie notamment comme :

« *Un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi* » (21).

Cette définition a l'avantage de couvrir les trois champs que sont l'état, la relation avec le thérapeute et le vécu clinique du patient.

L'hypnose est donc une forme de potentialité ou fonction naturelle, innée. C'est une capacité partagée par de nombreux êtres vivants. Elle est, comme nous le verrons plus loin, cousine de l'immobilité tonique (22), connue chez de nombreux animaux, et induite comme elle, par les différents canaux sensoriels (visuel, auditif, kinesthésique et proprioceptif, olfactif et gustatif). Cependant, l'hypnose humaine aurait ceci de particulier que le langage et sa rhétorique viendraient potentialiser les effets du canal auditif, par les représentations induites sur le plan cérébral.

Ainsi l'être humain, du fait de son aptitude à la parole, connaît doublement l'hypnose (23). De plus, à visée thérapeutique « *Il ne suffit donc pas d'être simplement là, même nourri des meilleures intentions, pour que l'hypnose marche, encore faut-il un certain savoir-faire (et un savoir-être, davantage) dans l'art d'influencer le patient sans l'envahir ni se substituer à sa volonté* » (23).

## 2. L'hypnose en tant que technique

Contrairement au concept d'inconscient Freudien, qui, de part un refoulement d'éléments négatifs, serait la source du problème, en hypnose, nous partons du postulat que l'individu serait animé d'un élan vital de l'ordre de l'instinct de survie, faisant de l'inconscient, le réservoir de ressources positives pas toujours exploitées.

Pour Chertok (24) l'hypnose est une « *blessure narcissique* », remettant en question le caractère dominateur de l'inconscient Freudien.

L'hypnose, utilisée à visée médicale, est donc une forme de thérapie et d'apprentissage, qui a pour but de guider le patient vers ses propres ressources, afin de résoudre un problème. « *L'hypnose n'a pas besoin de la recherche de causes pour initier le changement. En hypnose il ne s'agit pas de remonter à la source du problème. Il s'agit plutôt d'aborder le problème tel qu'il est, ici, maintenant, et comment il est ressenti dans le corps* » (25).

Le patient va puiser dans son vécu, sa mémoire, ses valeurs, ses croyances pour trouver les clefs de sa propre solution.

Il est important de préciser que l'hypnose n'est pas magique, elle ne crée pas de nouvelles capacités : elle agit en réactivant ou potentialisant les capacités de l'individu déjà existantes, et jusque-là inutilisées car oubliées ou insoupçonnées.

En hypnose formelle, la technique hypnotique cherche à induire une transe, pour favoriser l'intégration de suggestions afin d'influencer le patient vers la guérison. Cela peut être fait par un thérapeute en hétérohypnose, ou bien par le patient lui-même en autohypnose.

Une séance d'hypnose comprend classiquement plusieurs étapes successives, au sein desquelles le sujet peut faire des allers retours et dont aucune n'est à elle seule indispensable pour un effet thérapeutique. Voici succinctement les moyens utilisés en hypnose Ericksonienne :

### a) L'alliance thérapeutique

La première étape est la création de l'alliance thérapeutique, prérequis indispensable à tout travail thérapeutique. Pour cela, le thérapeute va apprendre à connaître le patient (fonctionnement cognitif, affectif, canal sensoriel privilégié), ses croyances, notamment à propos de la maladie et de l'hypnose, ainsi que son environnement familial, professionnel et socioéconomique. Cela va permettre d'identifier la problématique réelle du patient et de réaliser l'accordage c'est-à-dire une synchronisation (verbale, gestuelle, et respiratoire) avec celui-ci, une harmonisation, afin de « *l'accompagner de la façon la plus congruente possible* » (21).

## b) L'induction

L'induction est l'étape permettant au sujet d'accéder à l'état hypnotique en s'absorbant<sup>a</sup> à l'intérieur de lui-même. Elle peut être réalisée de nombreuses façons, la plus utilisée étant sans doute la focalisation de l'attention, en général sur le canal sensoriel préférentiel (en faisant fixer un point pour les visuels, en faisant se focaliser sur le bruit de la respiration pour les auditifs ou sur le positionnement du corps sur la chaise pour les kinesthésiques).

## c) La dissociation

L'objectif est une dépotentialisation de la pensée consciente (quitter la focalisation sur le symptôme) afin de permettre la mise en place d'une recherche inconsciente. Il s'agit de favoriser une dissociation<sup>b</sup> conscient-inconscient et corps-esprit. Une fois dissocié de ses perceptions restreintes habituelles, le patient peut entrer dans un état de « *perceptude* » (20) (c'est-à-dire un état de conscience amplifiée, élargie) et la transe hypnotique peut éventuellement être approfondie selon ce qui est estimé nécessaire pour le travail à réaliser. La suggestibilité du sujet est alors augmentée par rapport à l'état de veille restreinte; les suggestions thérapeutiques sont délivrées avec une rhétorique particulière, de façon plus ou moins directe, et associées à des suggestions post-hypnotiques ayant pour but d'agir après la séance. « *L'hypnose est l'art d'obtenir l'attention du patient et ensuite de communiquer efficacement des idées qui augmentent sa motivation et changent sa façon de percevoir les choses* »(26).

Il est également important de noter que les sujets en état hypnotique ne perdent pas le contrôle de leur comportement, la personne reste consciente de son identité, de sa localisation réelle et gardera un souvenir de l'expérience hypnotique (à moins qu'il ne soit suggéré une amnésie à but thérapeutique).

## d) La terminaison

Enfin la séance se termine par le réveil: la sortie de l'état de transe est guidée, avec un retour à la sensorialité ordinaire et une réorientation par le thérapeute, dans le temps et l'espace.

*« Par le travail actif, et les différentes phases de travail parfois même difficiles, l'hypnose ne peut être donc réduite à sa dimension de relaxation » (25).*

---

<sup>a</sup> L'absorption: c'est-à-dire la capacité que nous avons de nous engager complètement dans une expérience conceptuelle ou imaginaire.

<sup>b</sup> La dissociation est une séparation mentale des différentes composantes faisant partie d'une même expérience, qui sont habituellement traitées en parallèle, comme par exemple dans les rêves où nous sommes à la fois acteur et observateur.

### e) Spécificité de l'autohypnose

L'autohypnose est généralement apprise avec un thérapeute au travers d'une relation thérapeutique. Cependant, il est fréquent que des personnes découvrant l'hypnose en thérapie, réalisent qu'elles pratiquaient déjà elles-mêmes l'autohypnose. L'autohypnose est une transe induite par le sujet lui-même, pour lui-même. En cela l'autohypnose est une relation à soi-même. Elle peut être pratiquée sans objectif réel mais n'est généralement efficace que si l'individu se donne un objectif.

L'apprentissage de l'induction de la transe, et l'utilisation de l'autohypnose, sont donc des objectifs essentiels de la thérapie hypnotique, afin de pouvoir autonomiser le patient et qu'il ne se rende pas dépendant du thérapeute, pour le maintien des bénéfices ressentis.

Il existe de nombreuses techniques, mais, si bien souvent il est nécessaire de faire appel à un thérapeute, c'est que l'essentiel dans l'hypnose, au-delà de l'état hypnotique ou des outils techniques, est le processus relationnel.

### 3. L'hypnose en tant que relation

L'hypnose n'est pas un médicament, c'est une thérapie faite par le biais d'un apprentissage.

Les recherches menées en thérapies brèves, et en psychothérapie en général, ont permis d'affirmer l'idée que c'est bien la relation qui guérit dans toute thérapie et que l'efficacité de l'hypnose tient au fait qu'elle contribue à la mise en place d'une relation très particulière (25).

L'hypnose est donc une forme de relation de laquelle va pouvoir naître une stratégie thérapeutique suscitant le changement par le biais d'une communication efficace (21). L'hypnothérapeute est un guide qui utilise et enseigne l'utilisation de ce phénomène physiologique, pour orienter le patient vers ses propres ressources. C'est son attitude qui permet d'aller à la rencontre des besoins uniques de chaque patient (21,27).

En cela, la thérapie peut difficilement être standardisée puisque chaque intervention doit s'adapter, pour pouvoir rencontrer le patient dans sa problématique et son état psychoaffectif du moment.

Comme le dit François Roustang, « *L'espace mutuel crée ainsi un temps mutuel singulier, parce que l'espace est remanié, instant après instant, selon les transformations que subissent l'un et l'autre* » (28). « *Dans cette optique, l'hypnose formelle ne serait que le cas particulier, provoqué et isolé artificiellement pour les besoins de la thérapie, d'un phénomène universel qui caractériserait toutes les relations humaines* » (29).

Pour J.M. Benhaïem, « *l'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques (...) et le travail du thérapeute consiste à accompagner son patient dans cette découverte de mécanismes physiologiques involontaires* » (30).

Ainsi, « *L'agent actif dans l'hypnose, n'est pas l'ensemble des mots tels qu'ils sont prononcés, mais la qualité du rapport thérapeutique qui s'est construit* » (31). Aux couples corps/esprit, et conscient/inconscient, habituellement évoqués, on peut donc ajouter le couple patient/thérapeute, puisque certaines ressources sont contenues dans la relation thérapeutique elle-même.

Comme n'importe quelle thérapeutique, pour que l'hypnose « *soit considérée comme partie intégrante des soins de santé, ses bienfaits doivent être prouvés. De plus, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) projette de renforcer la base de connaissances* » (32) à ce propos.

L'hypnose n'a cessé d'être étudiée par les médecins, évoluant et étant redéfinie au fil du temps et des différentes écoles. Les nombreuses recherches effectuées par les scientifiques tels que Broca, Charcot, Babinski, Freud, Bernheim, Liébault, Janet, Schultz, Pavlov, Hull, Erickson, Godin, Malarewicz, Chertok et bien d'autres, montre bien l'intérêt qu'elle suscite; n'ayant pas livré tous ses secrets, elle continue de questionner la médecine et les neurosciences, grâce auxquelles nous pouvons enfin espérer commencer à percer les secrets de ce phénomène.



## **II. Hypnose et neurosciences : bases neurophysiologiques de l'hypnose**

Depuis longtemps, les scientifiques cherchent à identifier des indicateurs physiologiques de l'état hypnotique : mesure de paramètres vitaux (tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire), étude des mouvements oculaires, de l'activité électrique cérébrale, de potentiels évoqués et plus récemment, étude de l'activité cérébrale elle-même, grâce à l'imagerie fonctionnelle. La question est maintenant de savoir s'il existe des modifications neurophysiologiques objectivables, spécifiques de l'état hypnotique. En effet, une objectivation de modifications cérébrales spécifiques de l'état hypnotique par imagerie, légitimerait ainsi définitivement l'utilisation et le développement de l'hypnose médicale.

### **A. Les différents moyens techniques à disposition des neurosciences**

Envisager l'hypnose comme un état de fonctionnement cérébral particulier a conduit à vouloir l'évaluer, dépassant les moyens historiques d'étude du fonctionnement cérébral (type Electroencéphalographie) grâce aux moyens d'imagerie fonctionnelle telles que la tomographie par émission de positons (TEP) et l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf). Toutes deux étudient les variations de débit sanguin cérébral régional (DSCr) que nous savons proportionnelles à l'activité neuronale dans le temps et l'espace (phénomène appelé couplage neurovasculaire). Leur résolution spatiale est de l'ordre du millimètre grâce à la fusion avec des images anatomiques, par contre, la résolution temporelle est limitée par les propriétés de la réponse hémodynamique ainsi que par les contraintes inhérentes à chaque technique. Cependant, d'autres techniques plus précises sont en cours de développement.

#### **1. L'électroencéphalographie (EEG) et EEG haute densité**

L'EEG est un examen passif non invasif qui enregistre les ondes électriques à la surface du crâne, permettant d'obtenir un tracé pour chaque électrode, reflétant ainsi l'activité électrique cérébrale dans chaque zone étudiée. Cet examen ne permet pas de mettre en évidence de modification spécifique de l'activité cérébrale au cours de l'hypnose, mais il a confirmé le fait que l'hypnose présente les caractéristiques d'un état de veille (33). L'EEG haute densité plus récent, est un EEG avec beaucoup plus d'électrodes, qui, couplé à plusieurs caméras et à un système de guidage (type neuronavigation), permet de localiser le siège précis de l'activité cérébrale à l'origine du signal électrique (34).

#### **2. La magnétoencéphalographie (MEG)**

La MEG est une méthode d'imagerie passive qui enregistre grâce à des capteurs appelés SQUID (Superconducting Quantum Interference Device) les champs magnétiques créés par le fonctionnement cérébral ainsi que leur origine au niveau régional. En effet, la circulation de l'influx nerveux le long des neurones, induit un champ magnétique perpendiculaire au sens de sa circulation. Appliquant le principe inverse, les champs magnétiques recueillis induisent du courant dans une bobine, courant qui est ensuite analysé pour visualiser les zones d'activité du cerveau (34).



La MEG a une résolution temporelle supérieure à l'IRMf (de l'ordre de la milliseconde), permettant ainsi une meilleure estimation des modifications dynamiques de la connectivité cérébrale (35). Elle peut également être couplée à l'IRM fonctionnelle pour réaliser de l'imagerie transmodale (36).

### **3. La Tomographie par émission de positons (TEP)**

La TEP est une méthode d'imagerie fonctionnelle basée sur l'utilisation d'un traceur radioactif injecté par voie intraveineuse. En se désintégrant, le traceur va émettre des positons dont la quantité de rayonnement sera mesurée par des capteurs dans la zone où elle se trouve. En fonction de la molécule marquée radioactivement, cette méthode permet de mettre en évidence différents paramètres reflétant l'activité cérébrale (par ex. TEP au 18F-DG pour le métabolisme glucidique, ou TEP à la 18F-DOPA pour le métabolisme dopaminergique). Cela permet de visualiser le métabolisme cellulaire avec une résolution de l'ordre de la minute (40 à 90 secondes) ce qui est cependant relativement lent lorsqu'il s'agit de mesurer des variations d'activité cérébrale (36). Globalement, durant l'état hypnotique, on observe ainsi une augmentation de l'activité métabolique au niveau des cortex occipital, pariétal, précentral, préfrontal et cingulaire.

### **4. L'IRM fonctionnelle (IRMf) et l'IRM de diffusion**

Pour l'IRMf la résolution temporelle est meilleure qu'en TEP (entre 100 et 3000 millisecondes) (36).

Le traceur utilisé est l'hémoglobine contenue dans les globules rouges, permettant de mesurer la variation du débit sanguin régional en se basant sur l'effet Bold (Blood Oxygen Level Dependant) c'est-à-dire le changement de magnétisme entre l'oxyhémoglobine et la désoxyhémoglobine. Le neurone en activité augmente ses besoins en oxygène, le DSCr est augmenté et on peut ainsi en déduire les zones du cerveau sollicitées par la tâche que le patient est en train d'accomplir dans l'IRM (37).

Par exemple, lorsque l'individu regarde une image, les zones activées au niveau occipital vont recevoir un apport d'oxygène par voie sanguine plus important qu'en l'absence de stimulus. Les échanges d'oxygène entre le sang et les neurones modifient le signal IRMf et la différence de signal IRMf entre les états de repos et de stimulation est ensuite analysée par informatique.

L'IRM de diffusion repose sur les principes de base de l'IRM, tout en se focalisant sur le déplacement des molécules d'eau présentes à l'intérieur des axones. Les molécules d'eau « excitées » par le champ magnétique de l'IRM circulent plus librement le long des faisceaux d'association de substance blanche (longs axones). Un traitement de l'image utilisant des algorithmes mathématiques permet ensuite d'en déduire la forme et le trajet des axones constituant les faisceaux de substance blanche, et ainsi de reconstituer artificiellement lesdits faisceaux.

Au sein du Commissariat à l'Énergie Atomique et aux énergies alternatives (CEA), l'Institut d'Imagerie Biomédicale (I<sup>2</sup>BM) a développé plusieurs programmes de recherche avec la plateforme de NeuroSpin qui possède notamment une IRM très haut champ, unique au monde avec ses 12,7 Tesla, et dont l'objectif est de cartographier l'anatomie du cerveau et son fonctionnement in vivo à des échelles encore jamais atteintes.

« Les profils de connectivité issus de l'imagerie de diffusion permettent de parcelliser la surface corticale en cartes homogènes. La substance blanche, est subdivisée en faisceaux de fibres, l'effort actuel portant sur la cartographie des faisceaux en U inconnus à ce jour car inaccessibles par dissection. Le groupe met au point des approches informatiques permettant de réaliser les analyses d'images en temps quasi réel, par exemple pour détecter dans un premier temps un faisceau de fibre spécifique pendant que le sujet est dans le scanner, pour focaliser le reste des acquisitions sur ce faisceau de manière à sonder sa structure microscopique » (38).

Cette notion de connectivité a permis l'élaboration du concept récent de connectome : le connectome structurel relatif à l'anatomie des connexions et le connectome fonctionnel relatif à leurs fonctions.

Le connectome structurel peut être défini sur un plan macroscopique comme l'ensemble des faisceaux de fibres passant dans la substance blanche et reliant différentes zones du cortex entre elles. Elles sont visibles en IRM de diffusion et sont le siège de modifications en hypnose. Sur un plan microscopique il s'agirait de la cartographie précise des connexions de chaque neurone entre eux (39)<sup>a</sup>.

Le connectome fonctionnel correspond quant à lui, à la façon dont les différentes zones du connectome structurel fonctionnent entre elles.

« L'activité cérébrale est basée sur :

- le principe de la ségrégation fonctionnelle c'est-à-dire la localisation d'une fonction (ex.: vision) dans un réseau déterminé de régions cérébrales (ex.: régions occipitales) et
- l'intégration fonctionnelle, c'est-à-dire l'interaction entre ces régions fonctionnelles ségréguées (ex.: la région occipitale est en connexion fonctionnelle avec d'autres aires du cerveau) » (40).

## 5. Le fUltrasound

Le fUltrasound (Ultrasons fonctionnels) est une nouvelle technique d'imagerie exploitant le phénomène Doppler des ultrasons, basée sur une très haute fréquence d'émission des ultrasons (> 20 MHz) et sur un système de couplage des images acquises en coupe. Ceci permet une détection des flux microvasculaires avec une définition spatiale et temporelle bien supérieure à celle de l'IRMf. L'analyse du couplage neurovasculaire en temps réel est donc plus fine qu'avec les autres outils d'imagerie fonctionnelle. Pour l'instant, à notre connaissance, seules des études chez le rat craniectomisé ont été publiées (41), mais peut-être permettront-ils un jour de voir fonctionner en temps réel les phénomènes de

Ainsi, les différentes techniques d'imageries structurelles et fonctionnelles : EEG haute densité d'électrodes, IRMf, TEP, IRM-DTI (méthode du tenseur de diffusion), mises en corrélation, ont permis de visualiser les faisceaux de substance blanche reliant aires corticales éloignées et les noyaux gris centraux, aboutissant au concept de connectome. Grâce aux neurosciences et aux nouveaux moyens d'imagerie, la cartographie du cerveau, et les possibilités de compréhension de son fonctionnement, sont actuellement en pleine révolution, passant d'une neuroanatomie essentiellement corticale à la notion de connectivité fonctionnelle, ce qui aboutira probablement à une meilleure définition de ce qu'est l'hypnose.

---

<sup>a</sup> Cf. Annexe 2 : le connectome

## B. Résultats des différentes études concernant l'activité cérébrale sous hypnose

### 1. Activité cérébrale au cours de l'expérience hypnotique

Les enregistrements EEG montrent des tracés généralement composés de rythmes lents (alpha) tels qu'on peut les retrouver chez des sujets dans un état de veille calme, confirmant bien que l'hypnose n'est pas une forme de sommeil.

Une augmentation des rythmes très lents (thêta et delta) peut également être retrouvée, ceci comme lors de concentration intense, d'imagerie mentale ou encore de visualisation (14).

Ce ralentissement des ondes EEG suggère une diminution du niveau d'activation corticale non spécifique dit « arousal » ce qui est congruent avec le sentiment de relaxation mentale, (36) mais l'EEG n'a pas permis de mettre en évidence de modification spécifique de l'activité cérébrale hypnotique.

C'est l'imagerie fonctionnelle avec la TEP et l'IRMf, qui permet d'avoir une idée de l'activité cérébrale à l'état de veille restreinte versus état de veille généralisée (ou hypnose).

Plusieurs études, effectuées notamment par Pierre Rainville (42) (33) et Marie-Elisabeth Faymonville (43) (44), retrouvent une augmentation du débit sanguin cérébral au niveau des cortex frontaux et occipitaux (45) de façon bilatérale, ainsi que du cortex cingulaire antérieur (CCA) notamment du côté droit, accompagnée d'une diminution de débit dans les cortex temporaux et pariétaux, particulièrement au niveau de la face médiane des hémisphères.

L'augmentation de l'activité frontale montre qu'il n'y a pas de démobilitation des fonctions exécutives supérieures, mais bien une mobilisation des circuits attentionnels (46).

Concernant le CCA, il serait responsable de la possibilité d'associer ou non, un stimulus perçu au niveau cortical avec une émotion ou un souvenir situé au niveau du système limbique, et son activation lors de l'hypnose pourrait être à l'origine de la réinterprétation des contenus de conscience, en donnant la possibilité accrue d'associer autrement images, sensations, souvenirs et émotions (25).

Au niveau occipital, un ralentissement des ondes EEG (activité lente delta) est associé à l'augmentation concomitante du débit sanguin, illustrant que l'augmentation du sentiment de relaxation favorise l'apparition d'une imagerie mentale spontanée.

L'activation au niveau du cortex occipital reflète donc des mécanismes de désinhibition des processus d'imagerie mentale favorisés par la relaxation mentale (33) (44).

Ainsi, un souvenir qu'il soit évoqué de façon éveillée (par le biais de l'imagerie mentale), ou sous hypnose, active des régions cérébrales similaires ; en hypnose la différence se trouve dans une moindre activation, voir une désactivation du précuneus (44)(47).

Quant à la diminution de l'activité temporo-pariétale, elle pourrait expliquer la désorientation temporospatiale présente dans le phénomène hypnotique.

Enfin, contrairement à ce qui fut un temps proposé, on ne retrouve pas d'engagement prépondérant de l'hémisphère droit, ni désengagement de l'hémisphère gauche.

Les études d'imagerie fonctionnelle ont donc montré que l'hypnose est un état psychologique avec corrélat neurologique identifiable et n'est pas juste le résultat d'un « jeu de rôle » (48).

Ainsi, le modèle neurophysiologique de l'hypnose nous dit que l'activation cérébrale est congruente à ce qui est vécu par le sujet sous hypnose, mais présente toutefois des patterns d'activation qui diffèrent de ceux associés à la conscience habituelle, l'imagination, le sommeil, l'activité onirique ou encore les hallucinations observées chez les patients schizophrènes (47).

Les neurosciences permettent donc de commencer à poser des hypothèses précises sur les régions cérébrales impliquées dans les différents aspects de l'expérience subjective, qu'il s'agisse de la douleur ou des expériences perceptives sensorielles.

## 2. Modulation hypnotique des expériences perceptives

### a) Modulation de la douleur par l'hypnose : l'analgésie hypnotique

Pour mémoire l'IASP (International Association for the Study of Pain) définit la douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite dans les termes d'une telle lésion* ».

Sur le plan neurologique, la matrice de la douleur au niveau cérébral, a été identifiée expérimentalement et retrouve l'activation d'un réseau impliqué à différents degrés dans l'expérience des différentes formes de douleur. Plus les stimuli sont perçus comme douloureux, plus le réseau de régions corticales et sous-corticales s'active.

Cette matrice de la douleur inclut (40) (49) :

- le cortex cingulaire antérieur (CCA)

Véritable chef d'orchestre dont les changements d'activation et de connectivité avec les autres structures corticales et sous-corticales sont corrélés à la réduction des composantes sensorielles et affectives de la douleur. Dans l'analgésie hypnotique on retrouve une activation presque isolée du CCA, proportionnelle à l'intensité des stimuli douloureux (50).

- les cortex somesthésiques : primaire (gyrus post-central et opercule pariétal) et secondaire, (impliqués dans la sensation douloureuse)
- le cortex insulaire (gérant les informations homéostasiques).
- le cortex périgénuat (impliqué dans les processus cognitifs et émotionnels),
- le cortex préfrontal (impliqué dans les processus cognitivo-comportementaux)
- le cortex pré-AMS (Aires Motrices Supplémentaires),
- les noyaux de la base et du tronc cérébral dans sa partie mésencéphalique (impliqués dans la vigilance, l'éveil cortical, et l'attention)
- le thalamus, (gérant les processus sensoriels et émotionnels)

La douleur est décrite comme étant constituée de quatre composantes : sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale. La diminution des indices subjectifs de douleur, suite à des suggestions hypnotiques d'analgésie, peut donc refléter une modulation des processus sensori-discriminatifs, de la réponse émotionnelle associée, ou des réponses verbales et comportementales utilisées pour la mesurer.

- Au niveau sensori-discriminatif (localisation, qualité, intensité)

Les suggestions hypnotiques visant spécifiquement l'intensité sensorielle de la douleur, délivrées en conditions expérimentales comme : « *Vous pouvez tourner un bouton imaginaire pour diminuer la force de la sensation* » diminuent l'intensité de la sensation douloureuse en diminuant l'activité du cortex somesthésique primaire (42).

Le mécanisme invoqué dans l'analgésie hypnotique est celui de la mise en jeu des systèmes de contrôle descendants, par l'activation d'un circuit inhibiteur de la douleur, soit purement médullaire, soit corticospinal.

Les études électrophysiologiques montrent effectivement que l'hypnose diminue le réflexe de triple retrait RIII, strictement médullaire (51), en bloquant la transmission nociceptive au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière, mais pas le réflexe H<sup>a</sup> (52).

A noter qu'il n'existe pas de mise en jeu des endorphines puisque l'analgésie hypnotique ne peut être antagonisée par la naloxone (53)(54).

- Au niveau affectivo-émotionnel (ressenti de pénibilité)

Les suggestions hypnotiques visant spécifiquement à atténuer le désagrément de la douleur, comme « *vous êtes de plus en plus confortable, cette sensation ne vous dérange pas* » permettent de faire diminuer spécifiquement la perception de la douleur, avec, en conditions expérimentales, objectivation par TEP et EEG d'une « diminution parallèle de l'activité du CCA, région classiquement reliée au système limbique et aux émotions, sans modification de l'activité du cortex somatosensoriel primaire par ailleurs » (50).

- Aux niveaux cognitif (signification de la douleur : ancrée dans la culture, l'éducation, le contexte ; anticipation ; ou mémorisation d'expériences antérieures) et comportemental :

L'hypnose permet par exemple d'agir sur l'anxiété, connue pour être à l'origine d'une majoration de la perception douloureuse.

Un des objectifs des techniques de communication est de ne pas générer l'idée de la douleur au niveau cérébral, du fait de la capacité du cerveau à créer de novo une expérience de la douleur, même en l'absence de stimulus douloureux (49).

En effet, comme l'a montré Derbyshire en 2004 (55), la seule suggestion de l'idée de la douleur ou son anticipation anxieuse, suffit pour amplifier la perception du stimulus douloureux. L'IRMf a permis de montrer que contrairement à la douleur imaginée, il existe au cours de l'expérience de douleur induite par hypnose, des modifications significatives au sein de la matrice de la douleur, superposables aux schémas d'activation constatés lors d'une douleur d'origine nociceptive.

Cela fournit la première preuve expérimentale permettant d'identifier une activité neurologique spécifiquement liée à la génération « artificielle » d'une expérience nociceptive (55). Pour P. Rainville, « *on touche là au domaine encore controversé des rapports entre conscience et physiologie. Pour les neurophysiologistes, la conscience émerge du cerveau et n'a pas d'action sur le corps. Avec une approche comme l'hypnose, on montrerait plutôt qu'en modifiant l'expérience subjective, on peut modifier la physiologie* » (56).

---

<sup>a</sup> Le principe du réflexe H est le même que celui du réflexe myotatique, la stimulation électrique remplaçant ici l'étirement tendineux par percussion.



L'emploi de mots négatifs ou à valence douloureuse, active donc la matrice cérébrale de la douleur, c'est pourquoi la rhétorique hypnotique utilise des mots à valence émotionnelle neutre, ou positive, qui sont plus protecteurs (49).

Les études d'imagerie fonctionnelle ont donc permis d'objectiver, sous l'effet des suggestions hypnotiques d'analgésie, une modulation significative de l'activité de la matrice de la douleur, et valident ainsi l'analgésie hypnotique. La forme que prennent les suggestions affecte directement les effets observés au niveau cortical : les suggestions hypnotiques d'analgésie n'entraînent donc pas seulement un changement dans la facilité à exprimer des niveaux plus bas de douleur, elles témoignent d'une « *modification dans le traitement des informations sensorielles et émotionnelles qui constituent l'expérience subjective de la douleur.* » (36). L'hypnose est donc susceptible d'entraîner des modifications sensorielles d'une part et émotionnelles d'autre part; de plus, il existe bien une interaction entre le contexte psychologique, l'intensité sensorielle et le vécu de la douleur.

*« Cela conforte l'idée que non seulement des traitements pharmacologiques, mais également des stratégies psychologiques, peuvent soulager la douleur en modulant ce réseau neuronal complexe des régions corticales et sous-corticales impliquées dans l'expérience de la douleur. »* (57)

#### **b) Hypnose et effet placebo**

Toute thérapeutique, dont l'hypnose, comporte une part variable d'effet placebo. Il existe donc bien un effet placebo lié à l'hypnose (12). En effet, la mise en place d'un contexte d'hypnose joue un rôle d'activation de la réponse hypnotique. L'annonce du contexte d'« hypnose » en conscience critique, augmente la suggestibilité <sup>a</sup> d'une procédure d'induction, par rapport à cette même procédure en contexte annoncé de « relaxation ». L'attente et les croyances du patient, autant que celles du praticien jouent un rôle majeur, autorisant parfois ce dernier à recourir à des techniques d'induction très simples, grâce à la seule mention du mot hypnose (12).

Cependant, l'hypnose ne peut être réduite à son seul effet placebo. Comme nous l'avons vu, les images obtenues en neuro-imagerie chez les sujets en état hypnotique sont spécifiques et diffèrent entre effet placebo et hypnose (58).

Le réflexe RIII évoqué précédemment, n'est par exemple pas modifié par l'effet placebo seul, contrairement à l'hypnose (49) et il a été démontré que la naloxone antagonisait l'action analgésique du placebo, ce qui n'est pas le cas pour l'analgésie hypnotique qui n'entraîne pas de libération d'endorphines (59)(60).

En conclusion, le processus hypnotique permet de recruter des régions cérébrales pour participer à la gestion de la douleur, grâce à la plasticité cérébrale: cette capacité du cerveau à recruter certains réseaux neuronaux selon les besoins du moment (61).

Ainsi l'imagerie cérébrale a permis d'objectiver une action multimodale de l'hypnoanalgésie, centrée sur le cortex cingulaire antérieur, pivot d'un réseau complexe associant aires primaires et associatives, ayant des actions à la fois pharmacologiques et psychologiques (37).

---

<sup>a</sup> La suggestibilité est la faculté que possède un individu à accepter l'idée qui lui est présentée.

### c) Phénomènes idéosensoriels : hallucinations hypnotiques visuelles et auditives

Les hallucinations sensorielles sont des perceptions suggérées, ou produites sous hypnose, vécues de façon très réelle, aussi appelées phénomènes idéosensoriels.

En 2000, une étude (48) a été réalisée afin de déterminer par TEP, si l'hypnose pouvait moduler la perception des couleurs.

Les sites corticaux (gyrus fusiforme) répondant spécifiquement aux couleurs présentées ont d'abord été localisés de façon précise chez chaque individu, en comparant l'activité suscitée par la présentation de stimuli colorés à celle suscitée par des stimuli similaires où les couleurs étaient remplacées par différents tons de gris. Puis, pendant des TEP différentes, des stimuli colorés ou gris, ont été soit présentés soit suggérés sous hypnose avec la présence et l'absence de couleur dans chacune des conditions.

Dans les conditions de perception de couleur (stimuli coloré) ou d'hallucination de couleur (stimuli gris avec suggestion de couleur), le gyrus fusiforme s'est activé comme pour l'expérience de la couleur. Dans la condition de perception du gris, ou d'obstruction de couleur (stimuli colorés avec suggestion hypnotique de gris) ces mêmes régions présentaient une diminution de leur activité en accord avec l'hypothèse d'une altération de la perception de la couleur. Les suggestions de couleur données en dehors d'un état hypnotique produisaient des effets semblables, limités à l'hémisphère droit suggérant un rôle distinctif de l'hémisphère gauche dans l'expérience d'hallucinations visuelles hypnotiques (25).

Hallucinations hypnotiques auditives et imagerie mentale auditive (l'individu imagine de façon volontaire le stimulus auditif), sont toutes deux des productions mentales.

En 1998 (62), une équipe a cherché à identifier ce qui distinguait ces deux phénomènes, en comparant par TEP, l'activité cérébrale lors d'une hallucination hypnotique auditive à celle présentée par un individu lors d'une imagerie mentale auditive ainsi que lors d'une stimulation auditive.

Comme prédit par le modèle neurophysiologique de l'hypnose, lors d'une hallucination hypnotique auditive, et lorsque les sujets imaginent volontairement le stimulus en imagerie mentale, le cortex auditif est impliqué de façon semblable à celle observée lors d'une stimulation auditive.

Cependant, lorsque les sujets attribuent la stimulation sonore à une source externe, (en condition d'écoute, comme en condition d'hallucination auditive), le CCA droit, en région frontale médiane est activé spécifiquement, contrairement à l'imagerie mentale auditive où le sujet se sait à la source de l'imagination volontaire du son, dans laquelle cette région n'est pas activée.

Les deux conditions en l'absence de stimulus auditif impliquent donc nécessairement la production d'une imagerie mentale auditive, mais le sujet ne semble pas pleinement conscient qu'il produit lui-même cette image dans la condition hypnotique, ce qui pourrait être un aspect spécifique distinctif de l'hypnose (36).

### 3. Volonté du sujet, notions de dissociation et d'imagination

Les réponses des sujets sous hypnose reflètent donc de véritables changements de l'expérience subjective, et l'aspect distinctif des suggestions hypnotiques par rapport à l'imagerie mentale volontaire pourrait résider principalement dans une altération de la représentation et de la conscience de soi en tant qu'agent responsable des changements dans l'expérience (25).

L'exemple de la lévitation du bras induite sous hypnose a été étudiée par TEP : la mise en jeu des muscles est bien induite par le cortex moteur préfrontal, mais le cortex pariétal, au sein duquel naît la prise de conscience du mouvement, est inactif juste avant le mouvement puis s'active brutalement juste après (63). Au niveau pariétal ce profil d'activité est identique à ce qui se produit lorsque le bras est mis en mouvement de manière passive par un agent extérieur (quelqu'un vous soulève le bras sans prévenir) : calme plat suivi d'un effet de surprise. or, dans un mouvement volontaire, au contraire, l'activation a lieu juste avant le mouvement et s'éteint juste après (56).

*« Les processus complexes de type dissociatif peuvent donc être expliqués par une interruption des connexions fronto-pariétales, ce qui explique le sentiment d'automatisme caractéristique des mouvements réalisés sous hypnose » (64)(45).*

*« Un comportement peut donc parfaitement être généré de manière volontaire, selon des circuits identiques au mouvement volontaire, et pourtant être ressenti comme involontaire, parce que les mécanismes de la prise de conscience ont été modifiés. L'hypnose n'agit donc pas sur la volonté ni l'intentionnalité mais sur la prise de conscience de soi » (56).*

Pour cela le précuneus, qui est une structure pariétale médiane très active durant l'état de veille, et qui joue un rôle important dans l'imagerie mentale et la mémoire épisodique, semble essentiel à la perception de soi par rapport à l'environnement et au monde extérieur. La désactivation du précuneus s'accompagne également d'une réduction d'activité métabolique dans le cortex cingulaire postérieur (CCP) impliqué dans la mémoire autobiographique. Ainsi ces deux régions (précuneus et CCP) semblent fondamentales pour le traitement conscient de l'information. Ceci est confirmé par le fait que leur activité diminue durant le sommeil, ainsi dans que les situations d'anesthésie générale, les états de coma et de conscience minimale. Dans l'état hypnotique, la désactivation de ces deux régions pourrait donc être à l'origine de l'état de dissociation (22).

L'étude présentée plus haut sur les phénomènes idéosensoriels auditifs (62) a permis de répondre clairement à la question de la différence entre hypnose et imagination. Chez un sujet en hypnose exposé à une suggestion évoquant un stimulus auditif, on observe la même activité cérébrale que lorsque le sujet entend réellement le stimulus, ce qui n'est pas le cas lorsqu'on demande à ce même sujet d'imaginer ce même stimulus auditif. L'activité du cortex cingulaire est corrélée avec la clarté de la perception du son et la perception de sa provenance comme extérieure au sujet. Par conséquent, l'hypnose semble être plus proche de la « réalité » que ne l'est l'imagination (65).

Le Dr Faymonville explique ainsi: *« Le sujet, d'apparence somnolente, expérimente une prise de conscience de lui-même où il est simultanément acteur et observateur. Le processus hypnotique se traduit par une imagerie mentale plurimodale cohérente et très vivace. Ces patterns d'activation diffèrent de l'éveil, de la conscience habituelle, de l'activation onirique pendant le sommeil paradoxal et des hallucinations observées chez les patients schizophrènes. » (55)*



Pour Vuillemier et Cojan l'intention du sujet est préservée sans inhibition de sa volonté d'agir, mais pendant le processus hypnotique les suggestions prennent le contrôle de l'action entraînant un changement de fonctionnement cérébral favorisant les représentations mentales du sujet et l'introspection. « *comme si l'imagination prenait le contrôle du cerveau et de la perception.* » (66)

#### 4. Fonctionnement de la mémoire sous hypnose

Certaines performances mnésiques sont diminuées alors que d'autres sont augmentées pendant l'état hypnotique (45).

La remémoration d'un souvenir agréable en état hypnotique correspond davantage à un revécu du souvenir plutôt que simplement s'en souvenir. Le mode d'activation cérébrale au cours de l'état hypnotique diffère de celui induit chez les sujets en état de veille restreinte par la simple évocation des souvenirs autobiographiques. Il partage beaucoup de similitudes avec l'imagerie mentale, dont il diffère cependant par la désactivation relative du précuneus. L'hypnose est donc un état d'éveil cérébral spécifique et alors que le sujet semble somnolent, il est l'acteur d'une expérience très vive qui emplit totalement sa conscience (66).

Pour l'exemple de la douleur « *L'hypnose diminue non seulement la perception de l'intensité douloureuse mais aussi la mémorisation du nombre de pics douloureux administrés.* » (67)

#### 5. Conclusion

Ainsi, le patient en état d'hypnose est à la fois acteur et observateur de ce qu'il vit. Les progrès en imagerie cérébrale et en neurosciences ne permettent pas encore de définir complètement ce qu'est l'hypnose, mais commencent à objectiver les modifications neurophysiologiques se produisant au cours du processus hypnotique. De nombreuses études tentent de mettre en évidence un réseau cérébral spécifique qui serait impliqué soit en étant activé, ou au contraire inhibé. Nous savons déjà que le processus hypnotique oriente la conscience et modifie le traitement des informations sensorielles, motrices et cognitives, en modulant l'activation et la connectivité neuronale au sein de plusieurs zones comme le CCA, le cortex occipital et temporal ainsi que le pré-cunéus et le CCP. Une des hypothèses formulées est que l'état hypnotique pourrait jouer un rôle physiologique de protection, en réalisant une dissociation relative entre les composantes sensorielles et affectives liées à une même information, qui sont normalement traitées en parallèle. Enfin, une bonne connaissance du phénomène hypnotique permettra sans doute de l'utiliser en tant que moyen d'étude du fonctionnement cérébral normal et pathologique, pour à terme, nous aider à mieux comprendre ce qu'est notamment la conscience.

### C. Indications de l'hypnose et recommandations

La Haute Autorité de Santé (HAS), dans un communiqué de presse de juin 2011, recommande de changer de regard sur les thérapeutiques non médicamenteuses de telle sorte que: « *sortir d'une prise en charge essentiellement centrée sur le médicament et de l'influence symbolique qu'il exerce, constitue un enjeu de santé publique* » (68).

Le rapport de mars 2013 de l'Académie Nationale de Médecine reconnaît quant à lui l'hypnose comme étant une « *thérapie complémentaire* ».

C'est dans le domaine de la douleur que l'hypnose a été plus étudiée : que ce soit pour l'hypnoanalgésie (douleurs aiguës aussi bien que chroniques), ou pour l'hypnosédation (technique associant l'hypnose à visée anesthésique, sédation consciente et anesthésie locale)(50) (60)(58)(40)(55).

Les sociétés savantes commencent donc à éditer des recommandations intégrant l'hypnose dans la prise en charge de plus en plus de symptômes et pathologies, comme par exemple pour :

- La douleur aiguë liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent : rapport de l'Académie Nationale de Médecine.  
Pour la douleur aiguë en ambulatoire, chez l'enfant de 1 mois à 15 ans la HAS indique que l'hypnose peut être employée comme moyen non pharmacologique, en complément des antalgiques.
- Le soulagement des effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses : rapport de l'Académie Nationale de Médecine (69).
- La fibromyalgie : En 2016, une méta-analyse comprenant notamment sept essais contrôlés randomisés, incluant 387 patients, met en évidence des bénéfices supérieurs en terme de douleur, de stress et de qualité de vie, dans les groupes hypnose par rapport aux groupes contrôle (70).  
L'E.U.L.A.R (the European League Against Rheumatism) (71) ainsi que la National Guideline Clearinghouse Américaine (72) recommandent toutes deux l'utilisation de l'hypnose dans le traitement des fibromyalgies
- Le syndrome du côlon irritable : Une méta-analyse de sept essais contrôlés randomisés incluant 374 patients met en évidence les bénéfices à court terme de l'hypnothérapie dans l'amélioration de la douleur et de la symptomatologie digestive des patients souffrant du syndrome de l'intestin irritable (73).
- Les migraines de l'enfant : En juin 2009 l'A.F.S.S.A.P.S (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) propose un accord professionnel pour l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge des migraines de l'enfant (74).

Par ailleurs, il existe de nombreuses autres indications courantes de l'hypnothérapie qui n'ont pas forcément encore fait l'objet de recommandation, comme le montre le tableau suivant dont la liste n'est pas exhaustive (23)(72) :

Psychiatrie et psychologie	Dépression, troubles névrotiques, en particulier phobies, névroses d'angoisse et névroses post-traumatiques, les PTSD (post-traumatic stress disorders), toxicomanies, alcoolisme, troubles du sommeil et du comportement alimentaire, troubles de la mémoire et de la concentration, problèmes d'estime de soi, forme de psychothérapie, de préparation aux examens, de gestion du trac, préparation sportive etc.
Psychosomatique	Douleurs rebelles diverses, migraines, gastrites et ulcères gastro-duodénaux, angor, dyspnées fonctionnelles, certains troubles allergiques (psoriasis, asthme, rhinites allergiques, eczémas) etc.
Pédiatrie	Enurésie, troubles des apprentissages, tics, bégaiement, onychophagie, hyperactivité et certains problèmes identiques à l'adulte (type troubles du sommeil, douleur) etc.
Oncologie	Contrôle de la douleur, contrôle des effets secondaires de la chimiothérapie et de la radiothérapie tels que nausées, vomissements, stomatites, soins palliatifs : accompagnement psychologique du malade pendant la maladie ou en phase terminale etc.
Rhumatologie	Contrôle de la douleur, travail sur les bénéfices secondaires, sur le processus inflammatoire, diminution de la médication, des effets secondaires, etc.
Chirurgie	Préparation à une intervention chirurgicale, anesthésie locale ou locorégionale, contrôle du saignement, contrôle postopératoire de la douleur, augmentation de la qualité et de la vitesse de cicatrisation, diminution de la durée du séjour hospitalier, facilité de changement des pansements (par exemple : traitement des grands brûlés), en urgence (réduction de fractures et de luxations, sutures, débridement de plaies et petites chirurgies, endoscopies, bronchoscopies, colonoscopies, prélèvements en vue d'un examen histologique) etc. (75)
Médecine dentaire	Contrôle de la douleur, de la peur des soins, du saignement, bruxisme, tolérance aux prothèses, etc.
Sexologie	Impuissance, éjaculation précoce, frigidité, douleurs.
Gynécologie Obstétrique	Préparation à l'accouchement, dysménorrhées, nausées et vomissements gravidiques.

#### D. Contre-indications, limites, aspects réglementaires et éthiques de la pratique de l'hypnose

Il n'existe pas de réelle contre-indication à l'hypnose, cependant, la phase diagnostique à l'origine du choix de la thérapie, ne peut raisonnablement être effectuée que par un professionnel de santé au sein de son propre domaine de compétence. Ceci a pour but de distinguer les diagnostics différentiels afin d'offrir la meilleure prise en charge au patient et d'éviter toute perte de chance.

La limite à l'utilisation de l'hypnose est donc la compétence du thérapeute (diagnostique mais aussi thérapeutique). Julie Guichard cite ainsi Sydney Rosen : « *Nul ne devrait jamais traiter des malades, au niveau de l'hypnose, à des fins thérapeutiques s'il n'a pas de compétences professionnelles pour traiter ce même genre de malades par des techniques non hypnotiques.* » (76)

Bien que les contre-indications ne soient pas formelles, pour les troubles psychotiques aigus, les bouffées délirantes et la paranoïa, il est généralement admis que l'utilisation de l'hypnose n'est pas recommandée. Ainsi, par exemple, cela peut être contre-indiqué chez le schizophrène (chez qui il existe des troubles dissociatifs) en dehors du cadre d'une thérapie menée par un spécialiste dans ce domaine (psychiatre ou psychologue) qui sera à même de choisir la thérapie la plus adaptée au problème posé par chaque patient, et ne sera pas limité par ses seules compétences en matière de thérapie hypnotique.

Actuellement, les formations sont hétérogènes et les Diplômes Universitaires délivrés dans les facultés de Médecine ne sont pas reconnus par l'Ordre des Médecins. Le médecin n'est donc pas autorisé à mentionner cette pratique sur sa plaque ou ses ordonnances.

Or, la pratique de l'hypnose n'étant pas encore réglementée, n'importe qui peut s'auto-déclarer « hypnothérapeute » indépendamment de tout contrôle pédagogique ou législatif ce qui peut poser un problème médico-légal. Pourtant, « *la jurisprudence considère l'hypnose comme un acte médical. L'hypnothérapie, c'est-à-dire l'emploi de la suggestion à des fins curatives, constitue également un procédé de guérison réservé par la loi aux seuls médecins* » (77) et « *la pratique de l'hypnose à visée thérapeutique par des non médecins a par contre déjà fait l'objet de condamnations pour exercice illégal de la Médecine.* » (cours d'appel de Toulouse en Mars 2010) (72). Des règles éthiques<sup>a</sup> ont donc été édictées au sein des différents organismes de formation en attendant une réglementation permettant d'encadrer cette pratique (78). « *L'hypnose doit être utilisée comme adjuvant thérapeutique dans la prise en charge globale du patient et doit être pratiquée par des thérapeutes formés, car elle n'est pas dénuée d'effets secondaires ou de complications potentiellement graves. Parmi les dangers de l'hypnose, somme toute relativement marginaux, se trouvent les faux souvenirs qui constituent une pathologie iatrogène; ce sont des troubles la plupart du temps générés par des conduites fortement suggestives de psychothérapeutes.* » (79)

---

<sup>a</sup> Cf. Annexe 3 : le code éthique de le CFHTB.

Ainsi, grâce aux neurosciences, nous assistons à un renouveau de l'hypnose, qui sort du champ des psychothérapies expérimentales, pour devenir progressivement neuroscientifique, plus encadrée, transformant ainsi son image, tout en confirmant la modernité des concepts de M.H. Erickson.

### III. Hypnose Ericksonienne ou Nouvelle Hypnose

#### A. Notion d'hypnotisabilité/suggestibilité

Pour l'APA (19) « *l'hypnotisabilité est la capacité individuelle d'expérimenter les modifications suggérées au niveau physiologique, sensitif, émotionnel, cognitif et comportemental durant l'hypnose* »

Il existe une « *nécessité méthodologique d'une distinction entre suggestibilité et hypnose : le niveau de suggestibilité ne définissant pas le niveau d'hypnotisabilité (certains sujets sont très suggestibles à l'état de veille), c'est l'accroissement de la suggestibilité qui seul, peut fournir une estimation de la profondeur de l'état hypnotique* » (80).

La suggestion présente une idée au cerveau ; et la suggestibilité est la faculté que possède le cerveau à accepter cette idée. La réalisation de l'idée est la conséquence réflexe de cette acceptation.

Ce processus psychologique, largement développé par Bernheim, qui en fait la base de la suggestibilité, est nommé « idéodynamisme », et serait un phénomène tout à fait naturel chez l'homme : étant l'aptitude du sujet à transformer une idée en images, en sensations, ou en mouvements.

La suggestibilité des sujets est mesurée au moyen de diverses échelles dont les deux plus utilisées sont celles de Stanford et de Harvard qui permettent de classer les sujets en trois catégories à savoir haut, moyen, et bas hypnotisables. Cependant, certains patients définis expérimentalement comme étant non suggestibles se montrent par ailleurs d'excellents sujets de transe hypnotique.

Force est de constater que l'hypnose augmente beaucoup la suggestibilité et que suggestibilité et hypnotisabilité sont des notions reliées puisque l'identification formelle d'une procédure d'induction hypnotique favorise la suggestibilité, par rapport à cette même procédure effectuée sans avoir été au préalable nommée (12).

La loi de l'idéodynamisme, ainsi que la suggestibilité sont donc renforcées durant la transe hypnotique, de même que les dispositions d'un individu à l'obéissance, et à la croyance. Mais n'oublions pas que la suggestion a une limite essentielle : la volonté du sujet, qui conserve toujours son libre arbitre. Il n'accepte en effet la suggestion, que dans la mesure où elle lui est bénéfique et congruente avec son système de valeurs (79).

## B. Différents types d'hypnose

Tout au long de son histoire, l'hypnose thérapeutique fut tour à tour décriée, encensée, étudiée ou reniée par les scientifiques de chaque époque, et parfois même interdite (comme par exemple en France en 1784 par décret du roi Louis XVI d'après le rapport défavorable de la commission de l'Académie Royale de Médecine et de l'Académie des Sciences (81)). L'hypnose s'est alors faite plus confidentielle, réduite à quelques techniques utilisées dans des spectacles, ou bien à des pratiques ésotériques correspondant à des rites chamaniques, le tout contribuant toujours actuellement au climat de suspicion à son égard.

En thérapie occidentale, de la même manière qu'il existe différents courants de psychothérapies, il existe plusieurs « philosophies de l'hypnose » ayant constitué plusieurs écoles dans la façon d'utiliser le phénomène hypnotique.

### 1. Hypnose Conversationnelle :

Appelée injustement « hypnose sans hypnose », elle se réalise lors d'un échange verbal avec le patient et est en réalité une hypnose sans induction préalable. C'est une hypnose « clandestine » parfois réalisée instinctivement à l'insu même du thérapeute. Elle peut être également un excellent outil thérapeutique quand elle est utilisée à dessein. L'état hypnotique sera suscité par l'utilisation de certains procédés communicationnels également utilisés en hypnose formelle.

### 2. Hypnose Formelle :

#### a) Hypnose classique directive

Elle peut prendre différentes formes qui ont pour point commun la directivité du langage. Il peut s'agir d'hypnose sèche, dans laquelle une fois l'induction réalisée le thérapeute reste à côté du patient sans rien dire le laissant « faire ce qu'il a à faire », manifestant de temps à autre sa présence. Il s'agit de la forme « la plus pure », celle dans laquelle il y a le moins d'influence de la part du thérapeute, puisqu'il n'y a que très peu de suggestions. De ce point de vue, l'état hypnotique est considéré comme thérapeutique en lui-même.

#### b) Hypnose contemporaine permissive, dite Ericksonnienne ou Nouvelle Hypnose

L'Hypnose Ericksonnienne en référence à Milton H. Erickson est la pratique thérapeutique la plus répandue actuellement. Il s'agit d'une approche utilisationnelle, prenant les données fournies par le patient comme point de départ. M. H. Erickson disait : « *Accepter ce que le patient apporte et l'accepter tel qu'il est* ». *Le thérapeute garde le souci de non-intrusion et utilise des suggestions ouvertes et activatrices de changement. L'état de conscience amplifiée n'est pas considéré comme thérapeutique en soi, mais comme un moyen de solliciter l'inconscient, entité supérieure positive dépositaire de possibilités, permettant ainsi au sujet d'« accéder à ses ressources inconscientes dont il a perdu l'usage » (22).* <sup>[11]</sup> <sub>[SEP]</sub>



### c) L'hypnoanalyse :

Il s'agit d'un processus dynamique qui fait le lien entre l'hypnose et l'analyse (72). Jean-Charles Bettan parle d'une « *hypnose découvriante* » car elle allie aux ressources et à la facilité de l'hypnose, la recherche de la cause du symptôme, ce qui en fait sa particularité. Elle peut être réalisée avec un support, incitant à l'association libre, car le sujet se projette sur l'objet et se met à parler de lui-même. Elle peut également être réalisée sans support, se rapprochant alors d'une psychanalyse assistée par l'hypnose.

### C. Etats apparentés à l'hypnose chez l'animal : exemple de l'immobilité tonique

L'immobilité tonique (IT) est une posture d'immobilité avec hypertonicité musculaire chez un animal en éveil. Elle est décrite chez de nombreuses espèces (insectes, crustacés, poissons, amphibiens, reptiles, oiseaux et mammifères). Ce comportement est impliqué dans la survie de l'animal, sous la forme d'une simulation de mort, ayant pour but d'entraîner le désintéressement du prédateur, afin de lui échapper. L'IT ne nécessite pas d'apprentissage, mais nécessite certains types de stimulations sensorielles (visuelles, tactiles et/ou proprioceptives, comme le retournement chez le lapin ou le requin par exemple) et il est modulé par le niveau de peur de l'individu.

Quels sont les substrats physiologiques et neurobiologiques qui sous-tendent cet état et peut-il être décrit comme une manifestation spontanée de type hypnotique ?

Durant cette réaction, il existe une dissociation entre l'activité cérébrale et le comportement d'immobilité (80). L'animal n'est pas en état de sommeil, puisque le tracé EEG correspond bien à un état d'éveil. Il est conscient, et reste capable de percevoir, associer, analyser, stocker, et rappeler l'information présentée pendant l'IT. Tout comme l'Hypnose, l'IT s'accompagne de modifications au niveau du système nerveux central et autonome : fréquence cardiaque, respiratoire, température corporelle, vasodilatation périphérique, ainsi que de certaines modifications de l'activité EEG (22). On observe une augmentation d'activité dans le cortex sensorimoteur révélant un état de vigilance de l'animal, ce qui, en dépit de son immobilité, pourrait faciliter sa fuite au moment opportun. Il semble qu'une partie des caractéristiques du tracé EEG, observées pendant la réaction d'IT, soit également observée dans les études sur l'hypnose humaine (82).

Castiglioni et al (83) ont montré que l'état d'IT est capable de moduler la perception de la douleur chez le lapin de la même façon que l'hypnose chez l'homme. Chez le cochon d'Inde, des travaux plus anciens montrent également que la réaction d'IT peut induire une analgésie endogène.

Il semble bien exister certaines similitudes entre les états apparentés à l'hypnose chez l'animal, comme l'IT qui correspondrait à une forme de catalepsie, et l'état hypnotique chez l'homme, avec, dans les deux cas, inhibition de l'action alors que l'individu reste conscient de son environnement extérieur. L'immobilité tonique et l'hypnose pourraient ainsi être deux versions évolutives ayant une même base neurophysiologique, légitimant ainsi la place des modèles animaux dans l'étude du phénomène hypnotique, cela reste cependant une hypothèse à confirmer.

## IV. Place de l'hypnose en Médecine Générale

Depuis plusieurs siècles, l'hypnose accompagne la Médecine sous différentes formes et de différentes façons. Aujourd'hui, soutenue par le développement des connaissances en neurosciences, elle bénéficie d'un regain d'intérêt auprès des professionnels de santé de par son excellent rapport bénéfice/risque, et son vaste champ d'application, notamment en Médecine Générale, avec laquelle elle partage des valeurs fondamentales. « *Le modèle global et humaniste des approches hypnothérapeutiques intègre les valeurs essentielles de la Médecine Générale. En effet, le médecin n'est pas un technicien qui fait des « actes » et qui s'intéresse uniquement aux maladies, il accompagne le patient dans la durée à travers un lien de collaboration et le considère dans sa globalité, avec ses dimensions physiques, mentales et émotionnelles et ce, en prenant en compte son contexte de vie et son histoire personnelle* » (10).

### A. Définition de la Médecine Générale

La médecine générale est une discipline scientifique centrée sur la personne et non sur la maladie.

En voici la définition proposée en 2002 par la branche Européenne de la WONCA (World Organisation of family doctors) et révisée en 2011 « *Les omnipraticiens, médecins de famille, sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et les prestations de soins à visée curatives et palliatives. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients* » (84).

La formation en Médecine Générale<sup>a</sup> requiert une approche indispensable de type Evidence Based Médecine (EBM) (85) : médecine factuelle, fondée sur des preuves, ainsi qu'un esprit scientifique, mais pas seulement : « *La médecine factuelle impose des contraintes extraordinaires à un large ensemble de praticiens ordinaires. Non seulement ils sont moralement tenus de maîtriser les dernières avancées scientifiques, ils doivent également les appliquer sans faute et avec efficacité selon certaines règles définies au sein de guidelines standardisés* » (79).

---

<sup>a</sup> Cf. Annexe 7 : la marguerite des compétences



La médecine factuelle laisse en effet peu de place au ressenti du patient, ou à son contexte psychosocial. Pourtant, le professionnel centré sur l'individu, doit tenir compte du contexte du patient dans le processus décisionnel ; et « *bien que la communication avec les patients inclue la dimension comportementale, spécifier le comportement comme compétence à part entière de la discipline permet d'y intégrer les aspects comportementaux du professionnel* » (84).

La WONCA (84) définit ainsi six catégories de compétences fondamentales du médecin généraliste <sup>a</sup> avec notamment : « *La capacité à adopter une approche centrée sur la personne* » « *En tenant compte du contexte personnel du patient* » « *tout en respectant l'autonomie du patient* » « *l'approche globale* » et « *l'adoption d'un modèle holistique : modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles* »

Comme le rappelle Issam Seddiki citant J. M. Benhaïem et F. Roustang dans *L'hypnose ou les portes de la guérison* (86) : « *Dès lors, la Médecine n'est pas seulement l'étude des symptômes et des maladies, c'est aussi l'étude des sentiments qui mobilisent des mécanismes biologiques et qui peuvent susciter leur dysfonctionnement. D'autant plus qu'à travers l'hyperspécialisation et la technicité des soins, le sujet devient un objet d'étude, mais à l'extrême, il est réduit à sa pathologie* ».

Or, « *Concernant les pathologies prises en charge en Médecine Générale, l'étude ECOGEN, réalisée en France en 2012, a collecté des informations concernant 20 600 consultations en Médecine Générale ambulatoire. Parmi les dix résultats de consultation les plus fréquents, avec et sans prescription médicamenteuse, l'étude ECOGEN retrouve : la dépression, les troubles du sommeil, l'usage abusif du tabac, la vaccination, la lombalgie et la douleur en général* » (7). On constate que l'hypnose est une bonne indication et peut être utilisée pour chacun de ces motifs.

## **B. Médecines Non Conventionnelles**

Les Médecines Non Conventionnelles (MNC) comme l'hypnose, constituent un pan important et souvent sous-estimé des soins de santé.

Elles existent dans quasiment tous les pays du monde, et la demande dans ce domaine est en progression. Plus de 100 millions d'Européens recourent actuellement à la MNC et un cinquième y font appel régulièrement (32).

Pour l'OMS, il est donc nécessaire « *d'adopter une approche cohésive et intégrative des soins de santé, qui permette aux pouvoirs publics, aux professionnels et, surtout, aux personnes qui recourent aux services de santé, d'avoir accès à une MNC sûre, respectueuse, efficiente par rapport aux coûts, et efficace* » (32).

Dans certains pays, notamment en Afrique par nécessité démographique, la Médecine traditionnelle est admise et incluse dans le cursus universitaire des étudiants en Médecine et Pharmacie.

Au Royaume-Uni, le Royal London Hospital for Integrated Medicine (RLHIM) fait partie du National Health Service (NHS) Foundation Trust de l'Hôpital Universitaire de Londres. Le RLHIM est le plus grand centre de Médecine intégrée du secteur public en Europe. L'hôpital offre une gamme de thérapies qui sont entièrement intégrées dans le NHS et associées à la Médecine conventionnelle. Tous les traitements sont fournis par des

---

<sup>a</sup> Cf. Annexe 8 : l'arbre des compétences du médecin généraliste

professionnels de santé qui ont une formation supplémentaire en Médecine Non Conventionnelle. Il existe notamment un service de cancérologie intégrée, car les MNC permettent d'améliorer la qualité de vie, notamment en situation de soins palliatifs. Il existe également un service d'algologie intégrée en collaboration avec l'Hôpital Dentaire Eastman et l'Hôpital National de Neurologie et Neurochirurgie. Acupuncture, Hypnothérapie, et Homéopathie permettent ainsi de compléter les traitements conventionnels au sein de cette structure unique.

En France, les Médecines Non Conventionnelles ne sont pas complètement encadrées ni reconnues. Il existe pourtant depuis 2005 une cotation dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) «ANRP001» pour «séance d'hypnose à visée antalgique » dont le tarif est néanmoins fixé à 0 euro, ce qui est paradoxal avec la volonté de favoriser le développement et la reconnaissance des Médecines Non Conventionnelles.

On peut donc s'interroger sur la place et le rôle des médecins dits à exercice particulier (MEP). *« Ce sont des médecins à part entière qui ont acquis des compétences supplémentaires à leur formation initiale, qui conservent leur formation initiale comme base et référence plus de 52 modes d'exercice particulier. Leur déclaration est facultative auprès de la CPAM et du CNOM »* (87).

A Nice, il existe depuis 2015, un Observatoire des Médecines Non Conventionnelles (OMNC ) (88) affilié à la faculté de Médecine dont les objectifs sont :

- de favoriser la réalisation d'études scientifiques au sujet des thérapies non conventionnelles, afin de valider ou d'invalider leur intérêt,
- de constituer un réseau de praticiens compétents sur ces différentes méthodes
- de développer un enseignement responsable au sein de la faculté, pour les techniques déjà validées scientifiquement (dans le cadre du comité pédagogique)
- de communiquer les avancées dans ces domaines au grand public et aux professionnels de santé, notamment lors d'un colloque annuel.

Une thèse (89) soutenue en Octobre 2016, objective l'intérêt croissant que portent les médecins aux MNC en explorant le ressenti des internes de Médecine Générale sur l'utilisation de l'hypnose par leur maître de stage ambulatoire. On y constate que ce type d'expérience suscite des envies de formations complémentaires. *« Les deux tiers des internes souhaitaient se former à l'hypnose à l'issue du stage. Ce résultat peut s'expliquer en partie par le sentiment d'efficacité de l'hypnothérapie pour trois quart d'entre eux (...) ces volontés de formation témoignent de l'utilité de ces expériences, qui sont autant d'opportunités offertes à l'interne pour apporter une valeur ajoutée à sa pratique »* « *Un médecin s'oriente en fonction de ses affinités mais encore faut-il que la rencontre puisse se faire entre celui-ci et ses penchants potentiels* » (89).

Devant l'intérêt grandissant que portent patients et médecins aux Médecines Non Conventionnelles, il semble indispensable d'en réaliser des évaluations rigoureuses dans une démarche d'Evidence Based Médecine. Or, même si les essais cliniques contrôlés livrent de nombreuses informations, d'autres méthodes d'évaluation sont également utiles dans ces domaines étant soumis à des contraintes particulières (absence de double aveugle possible en hypnose par exemple). Différentes formes et méthodes de recherche sont nécessaires afin de pouvoir constituer une base de données probante permettant de répondre aux questions posées.

A terme, l'objectif sera sans doute, comme au Royaume Uni, d'intégrer ces pratiques dans l'offre de soin permettant ainsi de les évaluer et les encadrer pour offrir à chaque patient une médecine intégrée riche d'un panel complet et complémentaire. « *Il ne faut pas opposer la médecine traditionnelle et la médecine occidentale. Dans le contexte des soins de santé primaires, les deux peuvent se compléter harmonieusement et il convient d'utiliser les meilleures caractéristiques et de compenser les points faibles de chacune* » (32).

### C. Utilisation de l'hypnose dans la relation médecin malade

La psychothérapie, en tant que traitement de l'être humain par des moyens psychiques (et non uniquement le traitement du psychisme malade, car s'il en était ainsi, en faisant un parallèle, la cryothérapie serait alors le traitement du froid), est donc légitimement le domaine de tous les professionnels de santé, puisque les aspects relationnels thérapeute-patient ne sont pas uniquement présents en psychiatrie.

#### 1. Autonomisation du patient

La relation médecin malade est une relation classiquement décrite comme asymétrique, complémentaire (90) et faite d'attentes mutuelles. Le patient en demande, est vulnérable, et reconnaît le pouvoir réparateur du médecin, détenteur d'un savoir susceptible de l'aider ; le médecin quant à lui, dispense ses soins et attend de son patient qu'il se conforme à ses conseils et prescriptions.

Le modèle historique de la Médecine paternaliste place le médecin en position « haute » et le patient en position « basse ». Il confère au médecin l'entière responsabilité de la santé du patient, se substituant intégralement à ce dernier dans la démarche décisionnelle, pour son propre bien. Cependant, la relation médecin malade s'est transformée suivant le modèle Anglo-Saxon, évoluant vers un partenariat fondé sur les principes de liberté et d'autonomie. Le malade décide désormais pour lui-même, sur la base des informations dispensées par son médecin. L'asymétrie de la relation a donc été réduite sans toutefois disparaître complètement. On constate que la position haute ou basse peut être désormais être occupée alternativement par le médecin ou le patient, puisque ce dernier est considéré expert de ses propres sentiments, sensations et préoccupations en lien avec sa pathologie.

Céline Tollec cite ainsi Patrick Bellet médecin hypnothérapeute pour qui « *L'hypnose est un mode de communication privilégié où le sujet répond au thérapeute, certes, mais surtout à lui-même. Dans le traitement l'élément actif c'est aussi le patient ; le médecin met à sa disposition l'aide d'un savoir-faire et non une science infuse ou une certitude de ce qui serait bon pour lui. Le patient n'est alors plus dépendant du médecin car, ayant activé des ressources qui lui appartiennent, il peut d'autant mieux poursuivre par lui-même le changement. Nous ne cherchons pas la guérison, vaste débat, mais le changement. Faire en sorte qu'un patient figé dans une pathologie puisse en sortir en participant à son propre traitement. La relation thérapeutique en hypnose est une collaboration entre le patient et son médecin dans laquelle le langage verbal et non-verbal occupe la place centrale.* » (16)

Ainsi, le médecin généraliste a désormais pour rôle de développer l'expertise du patient dans la gestion de sa maladie ; ce dernier prend davantage part au traitement, notamment en adaptant ou en changeant son comportement.

L'importance de l'autonomisation du patient ne cesse de grandir en parallèle de la facilitation d'accès à l'information, ce qui est en parfaite corrélation avec la démarche de l'hypnothérapie ayant pour but d'enseigner au patient l'autohypnose. « Elle invite d'une part le patient à participer activement à son traitement et, d'autre part, le médecin à développer la dimension psychologique qui intensifie et enrichit la relation médecin-malade » (76).

## 2. Relation intrinsèquement thérapeutique

Pour parler de la relation médecin malade, Balint a utilisé l'expression « *médecin médicament* » (91). Pour lui, l'utilisation de l'interaction relationnelle comme outil thérapeutique peut être considérée comme un atout majeur de la pratique de la Médecine Générale, dans la mesure où le suivi offre un continuum permettant d'insuffler une dynamique entre chaque consultation.

Ainsi, toujours selon le rapport de la WONCA Europe (84) « *Chaque contact entre le patient et le médecin généraliste contribue à l'histoire de leur relation qui évolue, et chaque consultation individuelle peut s'appuyer sur cette expérience partagée. La valeur de cette relation personnelle est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste et est en elle-même thérapeutique.* » On retrouve donc bien ici l'idée du partage d'une expérience commune entre deux individus : le patient et son médecin, dont la relation est intrinsèquement thérapeutique.

De la même façon, pour J.M. Benhaïem, dans son article sur l'hypnose pour le contrôle de la douleur (30): « *Tout ce qui est vivant est en lien, nous soignons une maladie, un organe faisant partie d'un être en relation avec ses croyances, son environnement, son vécu* ». Le thérapeute, étant à l'extérieur du système, peut apporter ce que le système lui-même ne peut engendrer.

« *Dans la littérature, la nécessité de créer une alliance thérapeutique constitue un facteur commun à la plupart des courants, dans la mesure où sa qualité est actuellement considérée comme l'un des ingrédients prédictifs les plus robustes pour prévoir le changement en psychothérapie* (92). » (10)

Les phénomènes de type hypnotique sont bien souvent présents dans les relations interhumaines quelles qu'elles soient, et au sein de la relation médecin-malade en particulier; il semble donc intéressant pour le praticien de pouvoir avoir connaissance des mécanismes impliqués afin de pouvoir les identifier, voir même, parfois, les utiliser au profit du patient.

### 3. Relation hypnotique

Maîtriser sa communication améliore n'importe quelle relation: de la même manière qu'il existe une iatrogénie de la parole qu'on cherchera à éviter, on peut, grâce à une communication efficace, majorer l'effet placebo de nos traitements médicamenteux et psychothérapeutiques.

La relation hypnotique va permettre, d'une part, au patient d'exploiter ses ressources et d'autre part au thérapeute, de se mettre en état de veille paradoxale. François Roustang précise : « *Le thérapeute est maintenant hypnotisé par le patient, ce qui veut dire qu'il est retiré à l'extrême de ses intentions propres et de ses intérêts, (...) Il s'est donc tout simplement placé lui-même en état de veille paradoxale. L'induction a déjà eu lieu pour lui, et c'est parce qu'il a précédé son patient sur ce terrain qu'il va pouvoir l'y entraîner* » (76) . « *L'essentiel est de laisser résonner la tonalité du sujet, au moins pour pouvoir entrer en relation avec lui* » (93).

Un des grands principes énoncés par M.H. Erickson est « *meet the patient's need* » que l'on peut traduire par « aller à la rencontre de ce dont le patient a besoin » c'est-à-dire là où se trouve le patient dans sa problématique. Alors, « *Ce dernier n'a pas à faire confiance, puisque le thérapeute rencontré manifeste par sa posture, par ses gestes, par sa voix qu'il est totalement attentif et qu'il est en accord avec lui* » (20).

L'induction permet d'établir ce lien sûr, qui tient lieu de cadre pour le changement. Qu'il ferme les yeux, ou les garde ouverts le regard fixe, le patient abandonne son contrôle visuel sur le monde, ce qui modifie sa façon de l'appréhender, au fur et à mesure que les autres vigilances cèdent aussi, lui laissant la possibilité d'être autrement. Déconnecté de l'extérieur et dirigé vers son monde intérieur, le patient ne garde que la voix du thérapeute comme seul lien avec l'extérieur. Celui-ci sécurise et protège mais laisse de la place, suggère et guide mais laisse libre, propose des idées pour le monde intérieur du patient, mais sans imposer de direction. Les mots, prononcés par le thérapeute, (devenu lui-même un individu rendu presque anonyme) sont vidés de leurs représentations antérieures, « *sans regard et sans mimique, sans contexte, (ils) retrouvent la multiplicité de leurs sens. Ils sont dissociés de la personne qui les prononce, perdent leur signification liée à l'auteur, (...) et sont vécus peu à peu comme émergents du monde intérieur. Ils sont appropriés par le patient, comme s'ils venaient de lui-même.* » (25)

En effet, « *l'expérience hypnotique est personnelle et subjective, elle est différente d'un sujet à l'autre, et d'un moment à l'autre pour un même sujet.* » « *La thérapie est le fait du sujet : l'état d'hypnose, (...) est un état de travail actif de la part du sujet. Dans cet état privilégié de fonctionnement, le sujet reconnaît inconsciemment dans le discours ce qui lui convient, et va inventer de nouveaux comportements en fonction de ses propres besoins.* <sup>[1]</sup> *La thérapie est faite par le sujet lui-même, le thérapeute fournit simplement au patient la possibilité et le contexte pour ce faire, ses mots ne sont que des matériaux avec lesquels le sujet ajustera ses propres données. Ce qui est important n'est pas ce que dit ou fait le thérapeute mais ce qui se passe à l'intérieur du sujet* » (10). Contrairement aux idées reçues, le patient n'est pas privé de sa volonté, elle n'a simplement pas de fonction dans ce cadre. Le vécu, bien que différent, est partagé, et l'influence mutuelle, ce qui la différencie de la manipulation (25).

*« La nature de cette interaction est encore mal comprise, mais il est intéressant de noter que l'observation EEG objective la relation (hypnotiseur-hypnotisé) le tracé montrant en effet que le sujet reste insensible à toute stimulation extérieure, et qu'il ne réagit qu'aux injonctions de son hypnotiseur et à lui seul. » (79)*

Par ailleurs, les médecins formés à l'hypnose semblent *« s'y épanouir tant du point de vue personnel, que professionnel, du fait d'une meilleure prise en compte de la relation médecin-patient »* (76) de part peut-être l'élargissement des centres d'intérêt qu'elle encourage. Ainsi comme le dit D. Megglé *« je suis frappé que quand un thérapeute se met à approfondir l'hypnose, sa personnalité se différencie de celle de ses collègues (...) ils deviennent de plus en plus différents. Je crois que c'est parce qu'ils soignent de plus en plus avec ce qu'ils sont. »* (27)

L'hypnose médicale agit sur le vécu du patient et ne peut qu'améliorer la qualité de la relation médecin malade parfois négligée face à une médecine de plus en plus technique. Mais pour les soignants, l'hypnose est avant tout un mode de communication privilégié, une interaction sociale ayant pour but de prendre en charge la personne dans sa globalité en tenant compte de son environnement familial, social, culturel, et professionnel. Ainsi, l'hypnose pourrait permettre d'aborder un certain nombre de sujets délicats comme le tabagisme, souvent sujet au déni chez le patient.



## V. Le tabagisme en France

### A. Aperçu épidémiologique

Le tabagisme est un problème de santé publique majeur car il représente la première cause de mortalité évitable en France. La fumée du tabac contient plus de 4000 substances chimiques, dont on sait qu'au moins 250 sont nocives et plus de 50 sont cancérigènes (94). En France, la prévalence du nombre de fumeurs ne cesse d'augmenter chez les 15-75 ans, passant de 32% en 2005, à 34% (37% des hommes et 30 % des femmes) en 2010. En 2014, la prévalence était de 34,1% et il y avait 13,3 millions de consommateurs quotidiens parmi les 11-75 ans (95).

Le tabac est responsable chaque année de 78000 décès (96).

Actuellement, on estime qu'un fumeur sur deux décèdera prématurément à cause de son tabagisme (97), et les non fumeurs sont également concernés par l'intermédiaire du tabagisme passif<sup>a</sup>.

Selon l'OMS (97) il n'existe pas de seuil au dessous duquel le tabagisme passif est sans danger. Chez l'adulte, le tabagisme passif entraîne des maladies cardiovasculaires et respiratoires, dont les cardiopathies coronariennes et cancers du poumon. Chez la femme enceinte fumeuse il est également cause de mort subite du nourrisson et d'insuffisance pondérale à la naissance.

La dernière estimation de 1999 était de 2 500 à 3 000 décès par an attribuables au tabagisme passif (98).

Suivant les tendances de consommation, l'OMS estime que le nombre de morts liés au tabac risque d'être multiplié par deux en 2025 (3), ce qui fait de la lutte contre le tabagisme un enjeu de santé publique majeur sur le plan national mais aussi international. Par ailleurs, en plus du coût humain, le tabagisme a un retentissement économique néfaste sur la société. En effet, contrairement aux idées reçues, même en prenant en compte les taxes et retraites non versées pour cause de décès, le coût net du tabagisme en 2010 représentait, dans notre pays, plus de 120 milliards d'euros; soit 15 milliards d'euros annuels de déficit net pour les finances publiques, répartis entre dépenses de santé, indemnisations des arrêts maladie, perte de productivité des entreprises, et dépenses de prévention.

De plus, la consommation de tabac détourne une partie des revenus des particuliers des autres secteurs de consommation, qui seraient beaucoup plus créateurs d'emplois que l'industrie du tabac (99)(100).

---

<sup>a</sup> L'expression « tabagisme passif » désigne l'inhalation de manière involontaire de la fumée dégagée par une cigarette ou rejetée par un ou plusieurs fumeurs.

## B. Physiopathologie de l'exposition à la fumée

Une cigarette contient environ 4000 composés dont 50 au moins sont carcinogènes (94).

La nicotine est un alcaloïde constituant 95% des feuilles de tabac (101).

Elle n'est pas considérée comme cancérigène mais elle est un agent essentiel de la dépendance. Sa biodisponibilité est excellente : en effet, lorsque le patient fume, on estime que c'est au moins 80 à 90% (voir jusqu'à 100%) de la nicotine inhalée qui serait absorbée au niveau pulmonaire. Cela entraîne un pic rapide de concentration plasmatique en nicotine, qui arrive ensuite en 7 à 10 secondes sur les sites de liaison du système nerveux central où elle est responsable de l'effet addictogène, par la mise en jeu immédiate du circuit de la récompense (101)(102).

Cela explique que le tabac soit le produit au pouvoir addictif le plus important avec la moitié des consommateurs qui sont rendus dépendants, voir plus selon certaines études (72) (103) (95). Cependant, des études récentes suggèrent que la nicotine ne peut, à elle seule, expliquer la dépendance.

Les goudrons sont cancérigènes, car ils entraînent des modifications au niveau des cellules épithéliales, responsables, à terme, de cancers se développant à proximité des zones de contact avec la fumée telles que : bouche, langue, pharynx, larynx, bronches et poumons. Cependant, si l'exposition n'a pas été trop prolongée, les cellules épithéliales ont des capacités de régénération autorisant une possible réduction du risque, voir un retour à la normale après plusieurs années de sevrage.

Les radicaux libres de la fumée, stimulent la dégradation de la paroi alvéolaire et inhibent les enzymes responsables de sa protection.

L'exposition au monoxyde de carbone est facteur de risque de pathologies cardiovasculaires, car celui-ci prend la place de l'oxygène au sein des érythrocytes, entraînant une hypoxie tissulaire relative responsable d'athérosclérose.

Il est essentiel de bien comprendre que la durée de l'intoxication tabagique est le facteur de risque le plus important de complications liées au tabac : en effet, doubler la dose multiplie le risque par deux, alors que doubler la durée le multiplie par 16 voir 23 (95). Dans la prise en charge d'un patient, il est donc essentiel d'avoir pour objectif prioritaire un arrêt de l'usage plutôt qu'une diminution de la quantité consommée (3).



## C. Addiction/Dépendance définitions, bases psycho-comportementales et neurophysiologiques

### 1. Addiction/Dépendance définitions

L'addiction a été définie en 1990 comme « *un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives* » (95).

Pour qu'une addiction puisse émerger (104) « il faut la rencontre de 3 éléments:

- Le sujet avec ses propres singularités
- Une substance psychoactive qui peut donner lieu à une dépendance
- Un contexte psychosocial favorisant ».

La HAS ne fait pas réellement de distinction entre dépendance et addiction, pour celle-ci: « *La caractéristique essentielle de la dépendance (ou addiction) est la perte de la liberté de s'abstenir. Elle se caractérise par un désir compulsif de consommer associé à la perte de contrôle de la consommation. Les manifestations de sevrage ou de tolérance ne sont ni suffisantes ni nécessaires. La rechute est un des aspects essentiels de l'addiction, car la dépendance tabagique persiste après l'arrêt. Pour cette raison, les addictions sont considérées comme des maladies chroniques* » (3).

Depuis 2013, le DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (105) combine les anciens diagnostics d'«abus de substance» et de «dépendance» en une entité unique : « *le trouble lié à l'usage d'une substance* »<sup>a</sup> mais pour la HAS ce sont les critères de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies 10<sup>e</sup> révision) qui font toujours référence en terme de classification clinique (3).

La CIM-10 (106) définit le syndrome de dépendance comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique, ou d'une catégorie de substances, entraîne un désinvestissement progressif des autres activités (95).

La CIM-10 propose une définition spécifique pour la dépendance tabagique :

« *Le diagnostic de dépendance au tabac peut être posé lors de la présence simultanée d'au moins trois des manifestations suivantes, pendant un mois continu :*

1. *forte envie / désir impérieux de consommer du tabac*
2. *perte de contrôle sur la consommation, tentatives infructueuses / souhait permanent de réduire/contrôler sa consommation tabagique ;*
3. *symptômes de manque physique lors de la réduction ou de l'arrêt de la consommation de tabac ;*
4. *développement d'une tolérance ;*
5. *abandon des centres d'intérêt ou de divertissements en faveur de la consommation de tabac ;*
6. *maintien de la consommation malgré les méfaits du tabagisme* » (3) (95).

---

<sup>a</sup> Cf. Annexe 4 : Définition du trouble lié à l'usage d'une substance selon le DSM-V.

Le score HSI (Heaviness of Smoking Index) ou Fagerström simplifié, est validé pour évaluer l'intensité de la dépendance tabagique (107). Il comprend les deux items les plus importants du test de Fagerström : « *Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?* » et « *Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?* ».

La dépendance au tabac est donc multifactorielle. Bien que cela soit considéré comme un modèle obsolète par certains, on peut distinguer différents aspects de la dépendance composée : d'une part d'éléments psycho-comportementaux et d'autre part d'éléments physiques. Nous choisissons de conserver ce modèle dans la mesure où il nous semble faciliter la compréhension des stratégies thérapeutiques mises en place dans la prise en charge d'une dépendance qu'elle soit tabagique ou autre.

## 2. Différents aspects de la dépendance au tabac

La dépendance non pharmacologique représente 80 % de la dépendance tabagique ; elle comprend les dépendances comportementales et psychologiques et se traduit par le désir de fumer.

### a) La dépendance comportementale

Elle concerne spécifiquement les gestes accomplis au quotidien, dans lesquels l'usage du tabac devient un réflexe conditionné par des stimuli extérieurs, dont les principaux facteurs sont la convivialité et la pression sociale.

Cette dépendance ne correspond pas à un besoin mais à un automatisme, le fumeur n'en ayant bien souvent pas conscience jusqu'à une tentative de sevrage (108).

La dépendance comportementale est, comme son nom l'indique, une cible essentielle des thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

### b) La dépendance psychologique

Elle est variable d'un fumeur à l'autre, en fonction de ses propres singularités psychiques et de son contexte psychosocial. Le sujet fume pour retrouver les effets psychoactifs du tabac et de la nicotine notamment, car celle-ci favorise la régulation de l'humeur. « *La cigarette apporte une sensation de détente, de relaxation musculaire quand, sous l'effet d'un stress, les muscles sont contractés. Mais la cigarette provoque aussi une augmentation de la sécrétion d'adrénaline, bien connue comme étant « l'hormone du stress » donc, en réalité, les fumeurs deviennent encore plus stressés quand ils fument* » (108).

Il existe d'autre part un concept de trouble de l'oralité (lien archaïque mère-enfant) justifiant l'utilisation de gommes à mâcher, chewing-gum, ou bonbons.

La dépendance psychologique se fait en réponse à un stress, à un besoin de stimulation intellectuelle, ou tout simplement d'une sensation de plaisir que le fumeur ne pense pas pouvoir obtenir autrement. Certains fumeurs en viennent même à penser qu'ils ne sont pas capables de vivre sans tabac, tellement celui-ci fait partie intégrante de leur vie.

Ainsi il faudra souvent compter 6 à 12 mois, voire parfois davantage, pour se défaire de la dépendance psychologique qui dure plus longtemps que la dépendance physique.

### c) La dépendance physique ou pharmacologique

Elle représente seulement 20% de la dépendance tabagique et se traduit non pas par un désir, mais par un besoin en tabac, et en nicotine notamment (109).

La nicotine contenue dans le tabac est une substance psychoactive dont la structure moléculaire ressemble à l'Acétylcholine (neuromédiateur naturellement produit par l'organisme) lui permettant de se lier aux récepteurs cholinergiques avec une très grande affinité et donc d'agir au niveau de la transmission synaptique.

La grande affinité de la nicotine pour les récepteurs cholinergiques (encore appelés nicotiques) entraîne une augmentation de leur nombre, ce qui provoque le mécanisme de tolérance pharmacologique induisant la dépendance physique.

Après un sevrage tabagique, le nombre de récepteurs diminue lentement c'est pourquoi les effets liés à la dépendance physique à la nicotine s'estompent en 1 à 2 mois selon le degré de dépendance.

Par ailleurs, lorsqu'on fume du tabac, la voie inhalée permet à la nicotine un accès quasi instantané au niveau cérébral, produisant un « effet shoot » directement responsable de la dépendance psychologique par un effet de renforcement positif (par le biais du circuit neuronal de la récompense).

La demi-vie d'élimination de la nicotine est de 2h en moyenne, ce qui conduit le fumeur à consommer fréquemment dans la journée, obtenant à chaque bouffée un renforcement positif de son addiction.

La tolérance aiguë à la nicotine fait que les effets négatifs (comme la tachycardie) disparaissent rapidement.

- Le rythme nyctéméral quant à lui, re-sensibilisant les récepteurs, est idéal pour entretenir la dépendance au quotidien.
- L'usage prolongé de la substance entraîne donc des effets structuraux et fonctionnels au niveau cérébral, aboutissant à une reprogrammation durable du circuit neuronal de la récompense. La dépendance est donc une pathologie de ce circuit impliqué dans le plaisir et la motivation.

Le fumeur ne fume plus uniquement par plaisir mais bien pour apaiser les tensions intérieures en voulant éviter un déplaisir lié au manque nicotinique.

Selon certaines recherches, la nicotine pourrait, en stimulant le flux cérébral, relier entre elles les différentes formes de dépendance, rendant par exemple les fumeurs plus attentifs aux indices évocateurs de tabac dans leur environnement. Ceci renforcerait, sous forme d'un conditionnement, le lien inconscient entre ces indices et le fait de fumer.

Dans l'addiction « *le sujet choisit préférentiellement la récompense immédiate générée par la consommation de la substance, et présente des difficultés à construire un projet dans le futur, source de récompense différée. Si les mécanismes mnésiques et temporels semblent avoir une place centrale dans l'initiation et la persistance des addictions, ils sont par ailleurs en lien avec des anomalies neurobiologiques à court et à long terme* » (110).

### 3. Bases neurophysiologiques de l'addiction

Le cycle de l'addiction peut se manifester chez différentes espèces animales et quel que soit le type de substance psychoactive consommée, ce qui suggère l'existence d'une base neurophysiologique à ce phénomène.

En effet « *toutes les substances psychoactives ont la propriété de stimuler le circuit cérébral de la récompense entraînant une augmentation de la libération de dopamine dans le noyau accumbens* » (102) mais chacune possède ses propres mécanismes d'action (111).

Le circuit de la récompense est décrit depuis une cinquantaine d'années. Il est constitué notamment de neurones dopaminergiques qui ont un rôle dans le contrôle de la motivation comportementale par le biais de deux circuits distincts capables de générer soit du renforcement positif soit du renforcement négatif :

- les neurones dopaminergiques qui innervent le noyau accumbens principalement impliqués dans le signalement d'une récompense
- les neurones dopaminergiques qui innervent le cortex préfrontal, principalement activés par des stimuli aversifs.

Dans des conditions physiologiques normales, le circuit de la récompense fournit la motivation nécessaire à la réalisation d'actions ou de comportements adaptés aux besoins élémentaires nécessaires à la survie, (recherche de nourriture, reproduction, contact social). Avec l'apprentissage, ce n'est plus seulement la réalisation des besoins élémentaires qui active le système de récompense, mais les signaux annonçant celle-ci. Ainsi, un signal non suivi d'une récompense entraînera de la frustration. Dans le cas de la consommation d'une substance addictive, la stimulation répétée des récepteurs aux endorphines est nettement plus intense et plus durable que celle induite par les récompenses naturelles, ce qui entraîne une diminution de la production naturelle d'endorphines et focalise l'attention et la motivation sur la recherche de la substance, au détriment des stimuli naturels (112).

« *Ces substances, en activant les systèmes dopaminergiques de façon intense, conduisent l'homme à mémoriser des événements qui n'ont pas de réalité physiologique mais, associées à la prise de ce produit rendent l'individu dépendant* » (113).

Avec la répétition de la consommation, cette activation cérébrale, anormalement intense et durable, peut générer, chez des individus susceptibles, ou dans des circonstances particulières, des modifications synaptiques permanentes au sein du circuit de la récompense et des régions associées, entraînant des modifications psychologiques et comportementales pouvant aboutir à la dépendance.

Les études en IRMf chez les patients dépendants montrent « *une hypoactivation des régions corticales frontales et une hyperactivation des régions impliquées dans la motivation, la mémoire, le conditionnement et les émotions. Mais il n'est pas clairement établi si cette dérégulation fonctionnelle est une prédisposition qui précède le développement de l'addiction ou si elle résulte simplement de la consommation chronique de drogue* » (114).

Pour tenter de répondre à cette question, les équipes de Pier Vincenzo et Olivier Manzoni (112) ont montré, par le biais de modèles animaux, que les individus développant une addiction étaient ceux qui présentaient une anaplasticité cérébrale (perte de plasticité cérébrale) particulière. Dans leur étude, les animaux développant une addiction à la

cocaïne étaient ceux qui présentaient une perte permanente d'une forme plasticité cérébrale appelée « *dépression à long terme* » qui jouerait un rôle majeur dans la possibilité de faire preuve d'un comportement flexible. Sans cette forme de plasticité permettant normalement de contrecarrer les modifications pathologiques provoquées par l'usage d'une substance addictive, le comportement vis-à-vis de celle-ci devient de plus en plus rigide avec développement d'une prise compulsive.

Des spécificités existent cependant dans les modifications neurobiologiques entraînées par la prise chronique de chaque type de substance (111).

Ainsi, l'administration chronique de psychostimulants comme la cocaïne, les amphétamines et la nicotine augmente de manière durable le nombre de dendrites et la densité des boutons synaptiques au sein du noyau accumbens et du cortex préfrontal, alors que l'administration chronique d'opiacés a un effet inverse (12).

Par ailleurs, de nombreuses études ont mis en évidence un lien étroit entre stress et addiction (16). Ce lien doit s'envisager dans les deux sens: l'influence du stress sur la consommation de drogue et inversement, l'influence de la prise de drogue sur les régions cérébrales impliquées dans les réactions au stress.

Pour conclure, l'addiction implique une succession de neuroadaptations aboutissant à une reprogrammation permanente des circuits neuronaux impliqués dans le plaisir et la motivation, mais aussi la mémoire, le conditionnement, les fonctions exécutives, le jugement, le contrôle de soi et la réaction au stress (115). Ces neuroadaptations influencées par des facteurs génétiques et environnementaux, résultent d'une perte de plasticité cérébrale entraînant des modifications complexes des fonctions psychologiques comportementales.

Ainsi, la compréhension des mécanismes neurophysiologiques impliqués dans le phénomène de l'addiction est un élément essentiel au développement de nouvelles stratégies de prise en charge thérapeutique en addictologie et pour le sevrage tabagique plus particulièrement.

## **D. Moyens médicamenteux de sevrage tabagique**

### **1. Les Traitements Nicotiniques de Substitution**

Les Traitements Nicotiniques Substitutifs (TNS) sont le traitement médicamenteux de première intention (grade<sup>a</sup> A de la HAS). Ils augmentent de 50 à 70% les chances d'arrêt (3). Ils augmentent significativement le taux d'abstinence à 6 mois par rapport à l'absence de traitement ou au placebo ; ils ont pour but de soulager les symptômes de sevrage en nicotine et ne présentent pas d'effet indésirable grave identifié.

Il faut privilégier les associations (116) d'une forme à libération prolongée (timbre transdermique) avec une forme d'absorption rapide (gommes à mâcher, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux, inhalateurs, sprays buccaux) car cela est plus efficace que l'utilisation d'une forme unique de TNS. Mais c'est la forme à libération prolongée qui permet à terme, de faire diminuer la dépendance (3).

L'idée sous-jacente des TNS est donc de remplacer le pic nicotinique par un apport à dosage constant, saturant les récepteurs nicotiniques avec à terme une diminution de leur nombre et donc de la dépendance. De plus, sans pic nicotinique il n'y a pas de stress cardiaque donc pas de contre-indication, même en post infarctus.

Les TNS sont pris en charge par la sécurité sociale sur prescription médicale à hauteur de 50 € par an et par personne, étendue jusqu'à 150 € pour les femmes enceintes, les patients en Affection Longue Durée (ALD) ou ayant une Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

On peut toutefois noter que pour pallier aux symptômes de sevrage il sera toujours moins cher d'acheter des substituts nicotiniques que l'équivalent en cigarettes.

Le dosage prescrit doit être choisi en fonction de l'évaluation de la dépendance (l'échelle la plus utilisée étant celle de Fagerström ou Fagerström simplifiée) puis adapté en fonction des signes de surdosage ou de sous-dosage. Les TNS doivent être utilisés à une dose suffisante pour éviter le craving<sup>b</sup> et sur une durée prolongée : minimum 2 à 3 mois (grade B de la HAS) mais peuvent être prolongés autant que nécessaire (3).

Les signes de sous-dosage devant faire augmenter la posologie des TNS sont les signes de sevrage nicotinique: agitation, insomnie, irritabilité, hyperphagie, constipation, anhédonie, et craving.

Les signes de surdosage devant faire diminuer la posologie des TNS sont: palpitations, céphalées, bouche pâteuse, nausées, insomnie.

### **2. Traitements de seconde intention : Varénicline et Bupropion**

Le Varénicline (Champix ®) est un agoniste partiel des récepteurs nicotiniques cérébraux à l'acétylcholine, le Bupropion (Zyban ®) est un inhibiteur de la recapture des catécholamines (noradrénaline et dopamine).

Ces deux médicaments sont disponibles en France dans l'indication du sevrage tabagique mais, contrairement aux TNS, ils ne permettent pas de bénéficier du forfait de prise en charge proposé par l'assurance maladie.

---

<sup>a</sup> Cf. Annexe 9 : Grades de recommandation HAS

<sup>b</sup> Craving: besoin impérieux incontrôlable et intense de ré-expérimenter les effets d'une substance psychoactive.



En effet, devant la survenue d'effets indésirables graves associés à ces médicaments, notamment sur le plan psychiatrique (suicide et état dépressif), ils doivent être réservés aux indications de deuxième intention, et leur prescription nécessite une surveillance étroite du patient compte tenu des potentiels effets indésirables (Grade AE de la HAS). « *Avant de prescrire ces médicaments, le médecin doit s'assurer que les traitements recommandés en première intention ont été bien conduits, à dose efficace et suffisamment longtemps ; et que l'échec a été exploré sous tous ses aspects* » (3).

Cependant certaines données des études sur les risques de la Varénicline et du Bupropion sont contradictoires : une récente méta-analyse n'a démontré aucun excès de risques neuro-psychiatriques ou d'événements cardio-vasculaires chez les personnes prenant du Bupropion (116) : « *Le Bupropion a été associé à un risque de suicide mais le lien de causalité n'est pas clair.* » (117)

### 3. Cas particulier de la cigarette électronique

La cigarette électronique (e-cigarette) est un dispositif qui dispense, sous forme de vapeur inhalée par l'utilisateur, un mélange de substances aromatiques variées, avec du propylène-glycol, et/ou de la glycérine végétale, des additifs, et, selon les flacons, de la nicotine à différentes concentrations.

N'occasionnant aucune combustion, elle ne dégagerait pas autant de substances cancérigènes que la fumée de cigarette (98), cependant, les vapeurs de cigarette électronique contiennent bien des substances toxiques (formaldéhyde, acétaldéhyde, acroléine, toluène, N'nitrosonornicotin, cétone nitrosamine) (3) et on manque encore de recul sur les effets à long terme de cet usage (98).

Du fait de leur statut actuel de produit de consommation, les cigarettes électroniques ne sont pas concernées par la réglementation sur les médicaments (3). Cependant, depuis 2014, les produits du vapotage (cigarette électronique elle-même, mais aussi recharges ou liquides) font l'objet d'un cadre légal proche de celui en vigueur pour les produits du tabac à fumer (98).

Comme pour la cigarette classique, la consommation de cigarettes électroniques peut induire une dépendance, quelle que soit la quantité de nicotine contenue dans les liquides, et on ne dispose pas encore d'assez de recul ni de données scientifiques rigoureuses montrant un effet sur la réduction de la consommation ni l'abstinence tabagique à long terme (118) (3).

« *Il est recommandé de mettre en place des études sur l'innocuité et l'efficacité dans le cadre du sevrage tabagique des cigarettes électroniques et des nouvelles formes de tabac ou de nicotine qui pourraient apparaître sur le marché* » (grade AE de la HAS) (3).

En raison du profil addictif de la cigarette électronique et de l'absence de preuve de son innocuité, rien ne permet donc de valider l'allégation d'aide au sevrage tabagique de ce produit, expliquant qu'aucun type de cigarette électronique ne dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) en tant que dispositif médical.

Enfin, bien que n'étant pas un médicament, en 2011 l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a émis un avis défavorable quant à l'utilisation de la e-cigarette, classant la nicotine comme substance « *très dangereuse* » (3). Néanmoins, du fait de sa toxicité moins forte qu'une cigarette, la HAS considère que son utilisation chez un fumeur qui a commencé à vapoter et qui veut s'arrêter de fumer ne doit pas être découragée.

## E. Moyens non médicamenteux de sevrage tabagique : les thérapies de changement comportemental

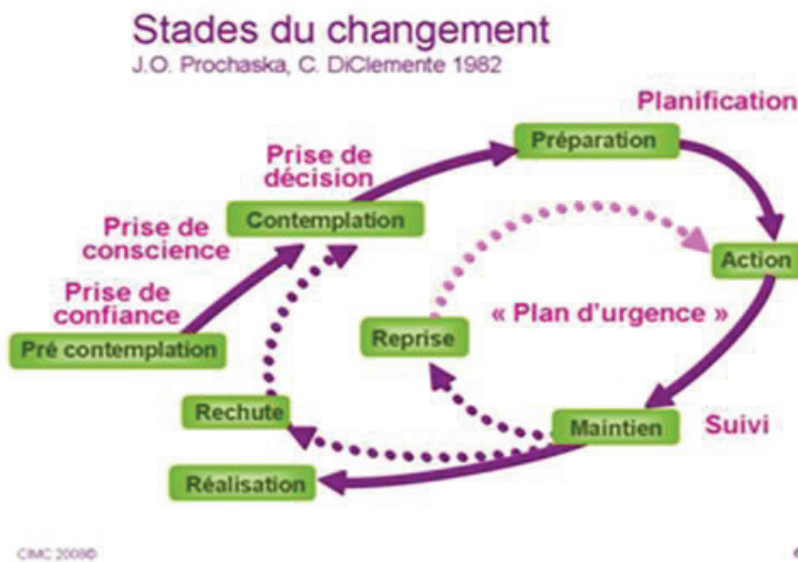
L'accompagnement du patient fumeur sous forme de conseil, soutien psychologique, entretien motivationnel, ou thérapie cognitivo-comportementale (TCC) fait partie des traitements de première intention recommandés seuls ou en association avec les traitements nicotiniques de substitution (grade A de la HAS) (3).

### 1. Les différents types de changement selon Watzlawick

La description des différents types de changement faite notamment par Watzlawick constitue une approche systémique.

Il distingue deux types de changement : les changements de type 1 qui interviennent à l'intérieur d'un système relativement stable et les changements de type 2 qui affectent le système lui-même recadrant la problématique dans une dimension nouvelle.

### 2. Modèle transthéorique de changement comportemental selon Prochaska et DiClemente



Ce modèle suppose que le changement de comportement (ici d'un fumeur face à son tabagisme) connaît différentes étapes, et que pour l'accompagner au mieux dans son désir de changement, il faut avoir recours à l'intervention adaptée au stade où se trouve le patient, afin de permettre une progression d'étape en étape vers la réussite. Six étapes de changement de comportement sont décrites, au sein desquelles le fumeur peut évoluer de façon linéaire mais le plus souvent il y réalise des allers retours (119).



- La pré-intention ou pré-contemplation (stade 1) :

Il s'agit du stade dans lequel le fumeur est « heureux » dans son tabagisme et n'envisage pas sérieusement d'arrêter de fumer. Le sujet n'a pas envie de changer son comportement dans l'avenir immédiat (c'est-à-dire les 6 prochains mois) (119), il considère que fumer n'est pas un problème pour lui (souvent par déni face à sa conduite addictive et sous-estimation de l'impact sur sa santé). Le patient présente alors de nombreuses résistances au changement, et le thérapeute doit avoir pour objectif de susciter un début de désir de changement (120).

- Le stade d'intention ou de contemplation (stade 2) :

Ce stade est caractérisé par l'ambivalence : les bénéfices à long terme de l'arrêt du tabac ont le même poids que les bénéfices de sa poursuite dans l'immédiat. Conscient des désagréments, le sujet reconnaît qu'il a un problème (120) mais le projet reste imprécis et freiné par des peurs (difficulté, prise de poids, troubles de l'humeur). Le patient commence à s'interroger sur son comportement et envisage la possibilité de le modifier d'ici les six prochains mois (119). Le thérapeute doit lui faire prendre conscience de ses ambivalences, l'aider à trouver des solutions aux obstacles identifiés et entretenir sa motivation.

- Le stade de préparation (stade 3) :

Après avoir résolu son ambivalence, le patient est décidé à arrêter de fumer, il planifie l'arrêt et cherche à se renseigner sur comment arrêter en pratique. L'individu a l'intention de changer son comportement dans les 30 prochains jours et/ou a réalisé une tentative de changement au cours de l'année passée (119) (120). Le thérapeute doit entretenir sa motivation et lui proposer des stratégies de sevrage.

- Le stade de l'action (stade 4) :

Le sujet change son comportement, arrête de fumer, et redécouvre une vie sans tabac. Ce stade est le plus à risque d'un retour à un comportement antérieur, et on considère que l'individu est au stade de l'action tant que l'abstinence n'a pas duré 6 mois (119) (120). Le thérapeute doit alors réaliser une aide au maintien du sevrage tabagique.

- Le stade de maintien (stade 5) :

Ce stade commence 6 mois après l'arrêt du comportement à risque (120). Le sujet est devenu un ex-fumeur et s'efforce d'éviter la rechute, notamment dans les moments fortement chargés en émotion et antérieurement associés à son tabagisme, c'est un stade actif de poursuite de l'effort (119). Le thérapeute doit encore réaliser une aide au maintien du sevrage tabagique.

- La rechute :

C'est le stade qui ramène le sujet vers un stade antérieur. Une rechute ne doit pas être considérée comme un échec puisqu'il est prouvé que plus un fumeur arrête de fumer plus il y arrive. Les tentatives d'arrêt doivent donc être considérées comme des expériences d'apprentissage et le thérapeute doit déculpabiliser son patient et l'encourager.

- Le stade d'achèvement ou terminaison (stade 6)

Un sixième stade a été proposé : il s'agit du stade de terminaison « *qu'atteignent les personnes qui ont accompli un changement de comportement durable et n'ont plus besoin de faire d'effort pour prévenir la rechute au comportement ancien. A ce sixième stade, le changement de comportement serait définitif, tout risque de rechute serait écarté. Ce stade est défini par un sentiment d'efficacité personnelle maximal, qui correspond à la confiance qu'a une personne dans sa capacité à réussir dans un domaine spécifique* » (120).

Dans les troubles addictifs il est rare que les individus atteignent ce stade qui est davantage un idéal théorique qu'une réalité à prendre en compte.

Les méthodes catégorielles sont fréquemment utilisées dans l'évaluation des stades de changement de comportement, en raison de leur facilité de réalisation.

L'algorithme proposé par Prochaska, Norcross et DiClemente permet d'identifier celui des 5 stades au sein duquel se trouve l'individu en répondant successivement aux quatre affirmations suivantes (120) :

- « *j'ai résolu mon problème depuis plus de six mois* » (oui: stade 5)
- « *j'ai commencé à changer mon comportement depuis moins de six mois* » (oui: stade 4)
- « *j'ai l'intention de changer mon comportement dans le mois qui vient* » (oui: stade 3)
- « *j'ai l'intention de changer mon comportement dans les six prochains mois* » (oui: stade 2, non: stade 1)

Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente, permet donc de mieux comprendre le rapport du patient au tabac, ainsi que sa motivation à changer et propose des attitudes adaptées en fonction des besoins inhérents à chaque étape du changement comportemental.<sup>a</sup>En effet, « *Les personnes qui modifient leur comportement pathologique, que ce soit seules ou avec l'aide d'un thérapeute, ne mobilisent pas et surtout n'ont pas besoin de mobiliser toutes les stratégies en même temps, mais mobilisent des stratégies différentes à chacune des étapes du changement* » (120).

Pour simplifier, le passage du stade de pré-intention au stade d'intention puis de préparation nécessite des procédés d'ordre plutôt cognitifs et psychologiques alors que les stades de l'action et du maintien nécessitent davantage des procédés comportementaux.

---

<sup>a</sup> Cf. Annexe 5 : attitudes à adopter en fonction du stade de Prochaska.

### 3. Le conseil bref d'arrêt

L'impact du conseil bref d'arrêt du tabac a été évalué par la revue Cochrane (121) montrant que son effet existe, et augmente le taux d'arrêt sans autre moyen de 1 à 3% supplémentaires par rapport au sevrage spontané volontaire.

« *Le conseil minimal est efficace. Les résultats des études randomisées et contrôlées en médecine générale montrent 2 % à 5 % d'arrêt soutenu ce qui sur un plan national, se traduirait par un supplément d'au moins 200 000 fumeurs qui arrêteraient chaque année* » (122).

Pour certains, même si les interventions brèves de professionnels de santé améliorent les taux d'arrêt, et que les professionnels formés de manière spécifique sont plus facilement enclins à aborder la question de l'arrêt du tabagisme que les autres, les preuves sur l'amélioration du taux d'arrêt sont discutées (123).

Cela tient sans doute à la confusion existant dans les esprits entre « conseil bref d'arrêt » et « conseil minimal de sevrage tabagique » qui lui, n'a pas démontré son efficacité, contrairement au conseil bref d'arrêt pratiqué chez tout fumeur qu'il soit désireux de stopper sa consommation ou non (3).

Quoi qu'il en soit, l'efficacité des interventions psychologiques brèves, type conseil bref d'arrêt, dépend très certainement de la qualité de l'interaction et n'est pas seulement une question de technique.

### 4. Psychothérapie de soutien et entretien motivationnel

La thérapie de soutien « *représente une forme de thérapie relationnelle présente implicitement dans tout acte médical et fondée sur l'empathie, la confiance et le soutien avec des dimensions d'informations, d'explications et de conseils associées à une écoute active* » (Grade A de la HAS) (3).

L'entretien motivationnel (EM) (124) est une méthode de communication centrée sur la personne et visant un changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence.

L'objectif est de renforcer la motivation du patient à changer son comportement.

« *L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'un personne et son engagement vers le changement* » (125) (Grade A de la HAS) (3).

Les soignants ont parfois tendance à formuler les arguments en faveur du changement à la place de leur patient. Cela ayant pour effet de le priver de son autonomie, il aura alors tendance à trouver des contre-arguments pour la préserver.

L'idée est que le changement ne sera effectif que si la motivation vient de la personne elle-même ; l'entretien motivationnel permet donc d'aider le patient à construire sa motivation en explorant ses ambivalences face au changement et en valorisant son autonomie (126).

L'entretien motivationnel permet selon la HAS (3):

- De reconnaître, susciter, et soutenir un désir de changement
- De comprendre et gérer les processus de changement, notamment l'ambivalence : c'est-à-dire les indécisions qui accompagnent les doutes sur le caractère souhaitable ou réalisable d'un changement (en réalisant un tableau des pour et des contre par exemple) et la résistance au changement.
- D'augmenter la motivation intrinsèque du patient pour le changement
- D'augmenter les capacités d'écoute active et d'empathie du thérapeute ce qui influence de façon favorable l'observance du patient à ses conseils et prescriptions.

L'EM serait plus efficace que le conseil bref d'arrêt.

La conduite d'un EM doit valoriser le patient en soutenant son efficacité personnelle, refléter ce qu'il est, résumer ses problématiques, informer et conseiller, cela à l'aide de questions ouvertes.

Exemples de questions lors d'un EM (3) :

- « *Que vous apporte le fait de fumer ?* »
- « *Pour quelles raisons souhaitez-vous arrêter de fumer ?* »
- « *Avez-vous peur d'arrêter de fumer ? Et si oui pour quelles raisons ?* »
- « *Si vous décidez d'arrêter de fumer, quelle confiance avez-vous dans votre capacité à y parvenir ?* »
- « *A combien estimez-vous vos chances de réussite sur une échelle de 0 à 10 ? Et si vous avez moins de 10 qu'est-ce qui vous permettrait d'accroître votre confiance ?* »

## **5. Thérapies cognitivo-comportementales**

Les TCC ont pour objectif d'opérer un changement de comportement (désapprendre le comportement inadapté pour apprendre d'autres réponses adaptatives) et d'aider à modifier les pensées dysfonctionnelles et les croyances que le patient dépendant élabore, en lien avec ses émotions, pour justifier ses comportements addictifs. Une prise en charge globale de l'addiction devra donc tenir compte du versant cognitif et comportemental, mais aussi du versant émotionnel.

Les TCC nécessitent du temps pour la compréhension du problème dans sa globalité ainsi que pour la mise en œuvre de la thérapie, exigeant un suivi régulier par un thérapeute formé (3).

Un des outils utilisés en TCC consiste par exemple en une « *auto-observation du patient par l'intermédiaire d'un journal de bord qu'il aura établi grâce au thérapeute, afin de repérer les situations à risques et comprendre la problématique.* » (104)

« *Selon le groupe de travail sur la dépendance nicotinique de l'American Psychiatric Association, les thérapies comportementales et cognitives multiplient en général par deux le taux d'abstinence tabagique six mois après l'arrêt, par rapport aux groupes contrôle.* » (108)

Ainsi, l'objectif de la TCC est de permettre au patient de corriger certains schémas mentaux (pensées automatiques ou monologues internes responsables de la souffrance psychologique) et de reprendre le contrôle de son comportement tabagique.

## 6. L'Hypnose pour le sevrage tabagique dans la littérature

Les indications de l'hypnose sont larges. Il existe plus 14000 articles référencés dans PubMed sur le sujet. Entre 2006 et décembre 2016 on recensait 2415 articles et 441 revues de la littérature en tapant le mot-clef « hypnosis » dans Pub Med, ainsi que 34 méta-analyses dans la Cochrane Database.

Il existe également beaucoup de nombreuses études sur le tabagisme et sa prise en charge, mais peu d'études bien menées ont étudié l'utilisation de l'hypnose dans cette indication.

A l'heure actuelle, l'hypnose est plébiscitée par les patients dans ce but ; or il n'existe pas de preuve formelle de son efficacité dans l'indication de sevrage tabagique.

Nous avons donc réalisé une étude prospective en aveugle, comparant l'efficacité de l'hypnose conversationnelle par rapport au conseil bref d'arrêt du tabac, sur la modification du comportement du fumeur.

# MATERIEL ET METHODE

---

## I. Présentation de l'étude

### A. Schéma de l'étude

Nous avons réalisé un essai prospectif contrôlé, non randomisé, monocentrique, en simple aveugle. De plus il s'agissait d'un essai thérapeutique dit « pragmatique » dont l'objectif est de décrire l'efficacité clinique «dans la vraie vie». Nous avons comparé deux groupes parallèles de patients fumeurs, consultant consécutivement au sein du même cabinet de médecine générale (à Antibes dans les Alpes Maritimes), afin de déterminer s'il existe un intérêt à mettre en place une intervention brève de type hypnotique (en hypnose conversationnelle), dans l'aide au sevrage tabagique, par rapport à un conseil bref d'arrêt du tabac.

### B. Objectif principal

L'objectif de l'étude était de montrer que l'intervention hypnotique brève a des effets au moins comparables à ceux de l'intervention de conseil bref de sevrage (étude de non infériorité) sur le changement comportemental vis-à-vis du tabagisme.

### C. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude étaient :

- de montrer que l'intervention hypnotique brève a des effets au moins comparables au conseil bref d'arrêt du tabac en ce qui concerne la dépendance au tabac ainsi que sur la consommation journalière de cigarettes.
- de montrer les potentialités de l'utilisation de l'hypnose conversationnelle dans les entretiens motivationnels et de donner des arguments justifiant le développement de la pratique de l'hypnose en Médecine Générale.

### D. Consentement

Les patients du cabinet ont été informés de l'existence d'un projet de recherche clinique en cours, par voie d'affichage en salle d'attente (sans précision de l'objet de l'étude afin de ne pas créer artificiellement une motivation supplémentaire).

Les patients qui ne souhaitaient pas participer à l'étude devaient se signaler au médecin les recevant en consultation.

### E. Critères d'inclusion

Tous les patients fumeurs, âgés de plus de dix-huit ans, consultant au sein du même cabinet médical pour un autre motif que le sevrage tabagique ont été inclus entre début juillet et mi-juillet 2016.

## F. Critères de non inclusion et d'exclusion

Les patients mineurs, les patients consultant spécifiquement pour sevrage tabagique, les patients présentant une pathologie somatique en situation palliative, ou une pathologie psychiatrique non équilibrée, ont été exclus. En effet, les patients atteints d'un cancer en situation palliative ne semblent pas être une population concernée par un éventuel sevrage tabagique et il n'est pas recommandé d'utiliser l'hypnose en cas de pathologie psychiatrique décompensée.

## G. Constitution des groupes

Nous avons inclus en parallèle, 58 patients au total, sur toute la première moitié du mois de juillet 2016.

Le premier groupe appelé « hypnose », constitué de 29 patients, était représenté par tous les patients fumeurs vus de manière consécutive sur cette période, par l'investigatrice principale (remplaçante du cabinet).

Le deuxième groupe appelé « conseil bref » constitué de 29 patients, était représenté par tous les patients fumeurs vus consécutivement par les médecins titulaires du même cabinet, jusqu'à atteindre le nombre de 29 patients inclus.

## H. Réalisation des interventions

Chaque intervention au sein des deux groupes ne devait pas excéder 3 minutes.

### 1. Intervention d'hypnose conversationnelle

Les patients du groupe hypnose recevaient une intervention brève d'hypnose conversationnelle réalisée selon un script<sup>a</sup> préétabli.

Le script a été établi pour être axé sur le changement quel que soit le stade au sein duquel se trouve le patient.

Nous avons donc utilisé une rhétorique hypnotique avec notamment :

- une implication: «*Et alors le tabac, quand est ce que vous arrêtez ?* » servant à la fois d'entrée en matière, de suggestion et permettant d'évaluer le stade Prochaska.
- une suggestion directe avec un langage positif: «*plus on essaie d'arrêter plus on a de chance d'y arriver* »
- des métaphores : une métaphore de changement, présente tout au long du texte avec la métaphore d'apprentissage réussi de la marche «*comme quand vous étiez enfant et que vous avez appris à marcher* », ainsi qu'une métaphore de la l'arrêt et de la rechute, «*vous faisiez des tentatives... peut être que vous faisiez des chutes... et que vous vous disiez que vous ne seriez jamais capable* » et une métaphore de liberté «*libre de vos mouvements* ».
- un langage mobilisateur avec des verbes d'action à l'infinitif ou au passé composé, perçus oralement comme des suggestions «*avancer, explorer, et vous avez continué* » devient pour le patient «*Avancez, explorez... continuez* »
- une autre suggestion directe : «*continuez à prendre confiance en vous* »
- un langage dissociatif «*votre esprit inconscient* » «*a su faire la synthèse de ce qu'il faut faire* » «*quelque chose d'automatique, que vous faites sans réfléchir* »

---

<sup>a</sup> Cf. Annexe 6 : script hypnotique utilisé pour l'étude.

## 2. Intervention de conseil bref de sevrage tabagique

Les patients du groupe conseil bref recevaient un conseil bref d'arrêt, adapté aux besoins ressentis lors de l'évaluation du tabagisme.

## II. Critères d'évaluation

### A. Critères aspécifiques / caractéristiques de la population

Les données servant à caractériser la population des deux groupes, étaient :

- l'âge,
- le sexe,
- l'indice de masse corporel (IMC),
- et la quantification du tabagisme évaluée en paquets-années (PA) selon la formule :

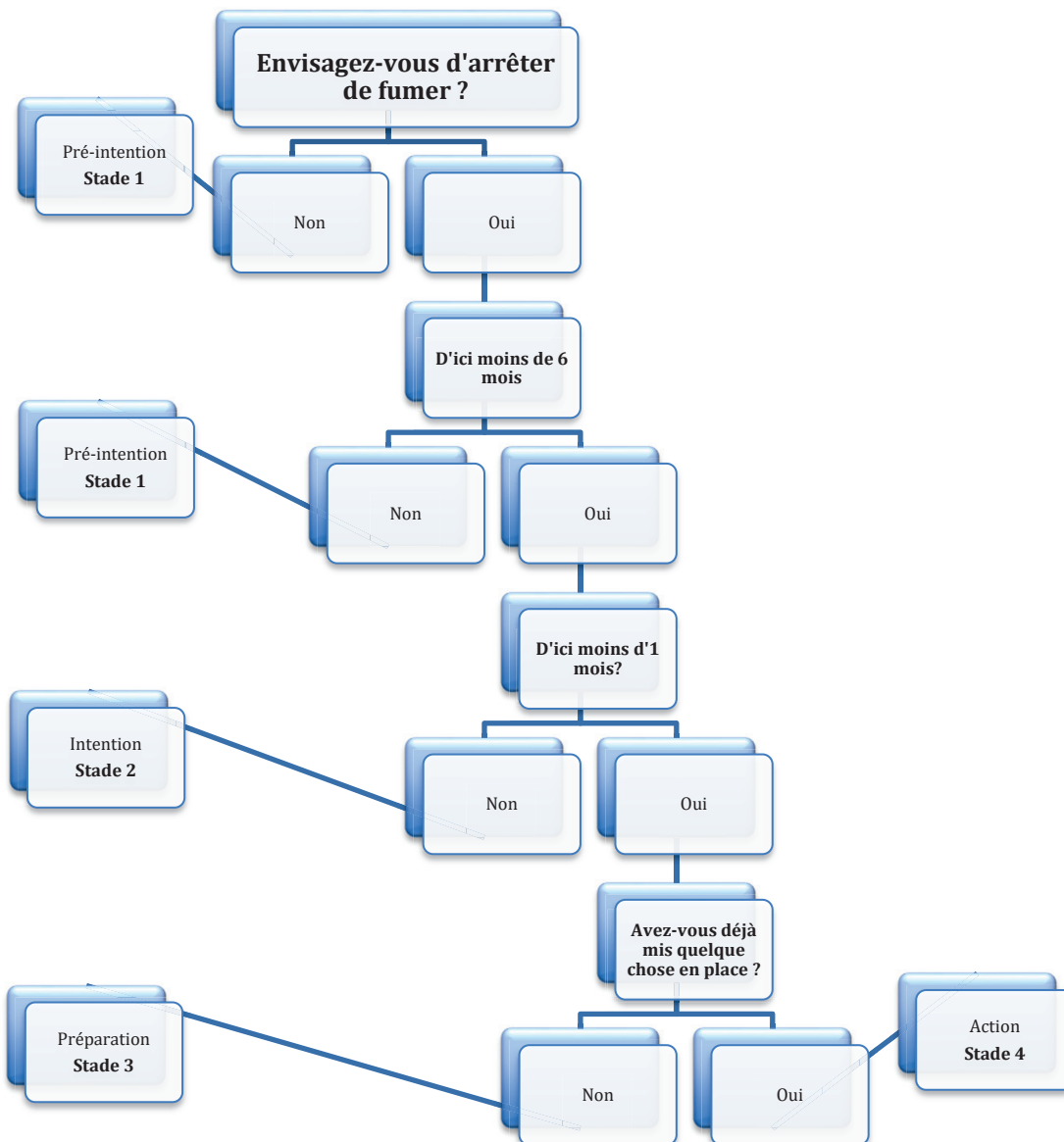
PA= nombre moyen de paquets par jour x nombre d'années de tabagisme.



## B. Critères spécifiques

### 1. La motivation à l'arrêt

La motivation à l'arrêt a été évaluée par un questionnaire réalisé selon le modèle transthéorique de changement comportemental développé par Prochaska et DiClemente.



Le patient ayant diminué de plus de la moitié sa consommation de cigarettes par rapport à sa consommation habituelle était considéré comme en stade de préparation (stade 3).

## 2. La dépendance physique au tabac

La dépendance au tabac a été scorée par l'intermédiaire du test de Fagerström simplifié en deux questions, en accord avec les recommandations actuelles de la HAS (3):

### Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. **Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?** <10 (0); 11 à 20 (1); 21 à 30 (2); 31 ou plus (3).

2. **Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?** < 5 minutes (3);

6 à 30 minutes (2) ; 31 à 60 minutes (1) ; Après plus d'1 heure (0).

Interprétation selon les auteurs :

0-1 : pas de dépendance ; (

2-3 : dépendance modérée ; (

4-5-6 : dépendance forte.

## C. Recueil des données

### 1. A l'inclusion

Lors de l'inclusion, les critères d'évaluation aspécifiques et spécifiques ont été recueillis pour chaque patient des deux groupes selon les données ci-dessus.

### 2. A 6 mois

Tous les patients ont été recontactés par téléphone en janvier 2017 (soit 6 mois après l'inclusion) et réévalués par l'investigatrice principale, sur les mêmes critères spécifiques que lors de l'entretien initial : stade de Prochaska, et stade de Fagerström simplifié.

Les patients ayant arrêté de fumer depuis au moins 7 jours consécutifs étaient considérés comme ayant débuté leur sevrage (stade 4 de Prochaska).

Les patients ayant arrêté de fumer depuis moins de 7 jours et/ou rechuté dans l'intervalle des 6 mois de suivi étaient considérés comme en préparation pour l'arrêt (stade 3 de Prochaska).

Lors de cet entretien téléphonique, les variations du nombre de cigarettes quotidiennes (pré-intervention et post-intervention) et de l'IMC ont également été recueillies.

### III. Analyse statistique

#### A. Matériel

Les données recueillies ont été anonymisées et retranscrites sur tableur Excel ©, Microsoft Corporation, Redmond, Washington, United States.

Avec l'aide d'un statisticien nous avons analysé la base de données par l'intermédiaire de deux logiciels:

- R<sup>a</sup> et Xlstat © Addinsoft SARL.

#### B. Analyse des données

##### 1. Analyse des données quantitatives

Les données quantitatives ont été présentées sous forme de moyennes, médianes, extrêmes (avec dispersions évaluées par écarts-types), ainsi que de pourcentages.

Le test utilisé pour comparer les moyennes entre chaque groupe (hypnose versus conseil bref), est un test t de Student bilatéral avec un risque de première espèce défini à 5%.

Les comparaisons de pourcentages ont été effectuées grâce au test du Chi 2 au seuil de 5%.

##### 2. Analyse des données qualitatives

Les variables qualitatives ont été décrites par leur fréquence.

Pour des raisons d'analyse statistique nous avons regroupé les stades Prochaska 1 et 2 (faible motivation) d'une part ainsi que les stades Prochaska 3 et 4 (motivation plus forte) d'autre part.

De la même façon, chaque fumeur a été classé par rapport à sa dépendance au tabac selon son score Fagerström au sein d'un des 3 groupes :

- absence de dépendance (0,1,2 pts)
- dépendance modérée (3,4 pts)
- dépendance forte (5,6 pts)

Afin d'augmenter la puissance et la pertinence des analyses statistiques, les variations individuelles ont été appariées (c'est-à-dire comparées avant/après dans chacun des groupes) sur les indicateurs Prochaska et Fagerström.

Pour analyser spécifiquement l'évolution des indicateurs Fagerström et Prochaska, nous avons utilisé des tests de Mac Nemar.

---

<sup>a</sup> R Core Team (2016).

R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria), téléchargé gratuitement via l'URL <http://cran.r-project.org/>

# RESULTATS

## I. Caractéristiques de la population à l'inclusion

Il y avait 58 patients inclus dans l'étude : 29 par groupe.  
 Durant toute la durée de l'étude aucun patient n'a refusé de participer.

Il y avait 28 hommes et 30 femmes pour un sex ratio femme/homme de 1,07. Dans le groupe hypnose il y avait 12 hommes et 17 femmes et dans le groupe conseil bref : 16 hommes et 13 femmes.

L'âge moyen dans la population totale était de 42,38 ans (20- 79 ans) ; 42,07 dans le groupe hypnose et 42,69 ans dans le groupe conseil bref (p=0,87).

L'indice de masse corporel (IMC) moyen dans la population totale était de 23,07 (16-37 kg/m<sup>2</sup>) ; 21,9 dans le groupe hypnose et 24,4 dans le groupe conseil bref (p=0,07).

Le tabagisme moyen dans la population totale était de 21,17 paquets/années, 22,62 dans le groupe hypnose et 19,72 dans le groupe conseil bref (p=0,49).

Avant intervention, les deux groupes (hypnose et conseil bref) étaient également comparables en ce qui concerne le stade de changement comportemental (p=0,13) et la dépendance (p=0,37).

Il n'y a donc pas de différence entre le groupe hypnose et le groupe conseil bref, qui étaient comparables lors de l'inclusion.

		Population totale	Groupe hypnose	Groupe conseil bref	p
SEXE	Homme	28	12	16	
	Femme	30	17	13	
AGE	moyenne	42,38	42,07	42,69	p = 0,87
	médiane	41	42	39	
	minimum	20	20	20	
	maximum	79	68	79	
IMC	moyenne	23,07	21,9	24,24	p = 0,07
	médiane	22	20	24	
	minimum	16	17	16	
	maximum	37	37	31	
P/A	moyenne	21,17	22,62	19,72	p = 0,49
	médiane	18,5	20	15	
	minimum	2	2	2	
	maximum	60	50	60	

## II. Recueil des données à 6 mois

Lors du recueil des données à 6 mois : 7 patients du groupe hypnose (24,1 %) et 4 patients du groupe conseil bref (13,8 %) n'ont pu être recontactés constituant 11 perdus de vue au total (18,9 %) sans différence significative entre les deux groupes ( $p=0,31$ ).

Les perdus de vue ont été considérés comme toujours fumeurs et n'ayant pas changé leur comportement (pas d'augmentation de leur motivation ni diminution de leur consommation ou de leur dépendance) afin de réaliser une analyse en intention de traiter.

## III. Evolution des stades de changement comportemental selon Prochaska et DiClemente

Chaque patient fumeur a été classé dans son processus de changement comportemental, au sein d'un des quatre stades Prochaska, à l'inclusion puis à 6 mois, dans les deux groupes : « Hypnose » et « Conseil bref ».

Lors de l'inclusion, tous les stades de Prochaska étaient représentés au sein de chacun des deux groupes.

Pour des raisons d'analyse statistique nous avons regroupé les stades 1 et 2 (faible motivation) d'une part, ainsi que les stades 3 et 4 (motivation plus forte), d'autre part.

Stade Prochaska	Hypnose		Conseil bref	
	Inclusion	6 mois	Inclusion	6 mois
1	13	10	20	13
2	11	7	6	5
3	3	7	2	3
4	2	5	1	8
Effectifs	29	29	29	29
Moyenne	1,79	2,24	1,45	2,21

### A. Evolution du Prochaska dans la population totale

Au sein de la population totale on observe un changement de comportement significatif ( $p=0,0003$ ) par rapport au tabagisme, entre le début et la fin de l'étude.

		Stade de Prochaska à 6 mois	
		1 - 2	3 - 4
Stade de Prochaska à l'inclusion	1 - 2	35	15
	3 - 4	0	8

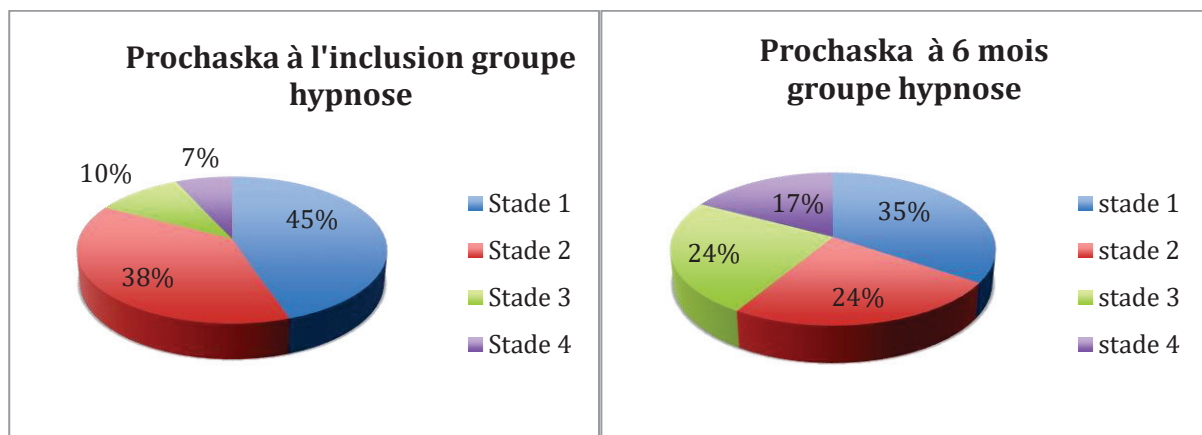
## B. Evolution du Prochaska au sein du groupe hypnose

Dans le groupe hypnose on observe un changement de comportement significatif ( $p=0,023$ ) par rapport au tabagisme, entre le début et la fin de l'étude.

L'intervention hypnotique semble donc efficace pour modifier de façon positive le comportement à 6 mois.

Ainsi quand on regarde l'ensemble de la population dans ce groupe on observe que le stade Prochaska (ou stade de changement comportemental) moyen est passé de 1 à 2 (1,79-2,24).

		Stade de Prochaska à 6 mois	
		1 - 2	3 - 4
Stade de Prochaska à l'inclusion	1 - 2	17	7
	3 - 4	0	5



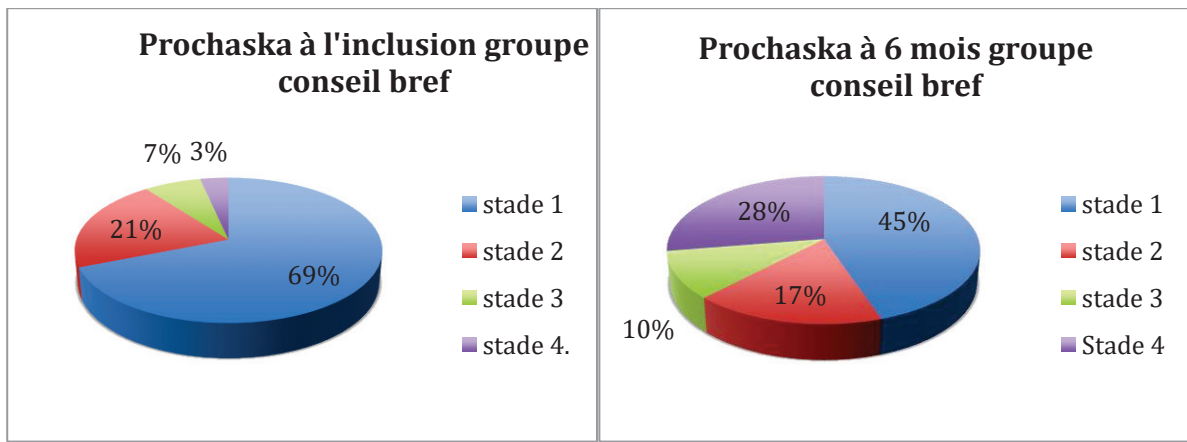
### C. Evolution du Prochaska au sein du groupe conseil bref

Dans le groupe conseil bref on observe également un changement de comportement significatif ( $p=0,013$ ) par rapport au tabagisme, entre le début et la fin de l'étude.

L'intervention de conseil bref confirme ici son efficacité pour modifier de façon positive le comportement à 6 mois.

Ainsi quand on regarde l'ensemble de la population dans ce groupe on observe que le stade Prochaska moyen est passé de 1 à 2 (1,45-2,21).

		Stade de Prochaska à 6 mois	
		1 - 2	3 - 4
Stade de Prochaska à l'inclusion	1 - 2	18	8
	3 - 4	0	3



### D. Comparaison entre les deux groupes

En ce qui concerne la comparaison des processus de changement comportemental entre les deux groupes (évalué par le stade de Prochaska) l'analyse univariée n'a pas montré de différence statistiquement significative ( $p=0,27$ ).



#### IV. Evolution de la dépendance tabagique / score Fagerström

Chaque fumeur, a été classé pour sa dépendance au tabac selon le score Fagerström, au sein d'un des 3 groupes :

- absence de dépendance,
- dépendance modérée,
- dépendance forte.

Stade Fagerström	Hypnose		Conseil bref	
	Inclusion	6 mois	Inclusion	6 mois
0	5	8	2	6
1	1	1	1	0
2	5	5	12	8
3	9	10	9	9
4	3	2	3	5
5	1	1	2	1
6	5	2	0	0
<b>Effectifs</b>	29	29	29	29
<b>Moyenne</b>	2,93	2,28	2,55	2,34

##### A. Evolution du Fagerström dans la population totale

Au sein de la population totale nous n'avons pas pu mettre en évidence de changement significatif ( $p=0,187$ ) de la dépendance tabagique entre le début et la fin de l'étude.

		Stade de Fagerström à 6 mois		
		0 - 1	2 - 3	4 - 5 - 6
Stade de Fagerström à l'inclusion	0 - 1	8	1	0
	2 - 3	4	28	3
	4 - 5 - 6	3	3	8

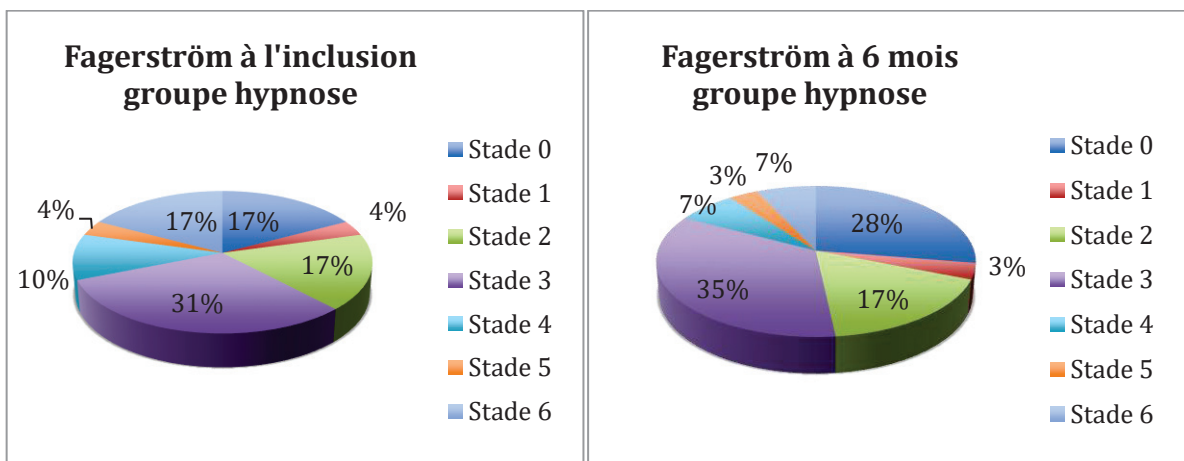
## B. Evolution du Fagerström au sein du groupe hypnose

Dans le groupe hypnose nous n'avons pas trouvé de diminution significative ( $p=0,26$ ) de la dépendance tabagique entre le début et la fin de l'étude.

Nous ne pouvons pas conclure sur l'efficacité de l'intervention hypnotique pour modifier la dépendance tabagique à 6 mois.

Quand on regarde l'évolution de l'ensemble de la population dans ce groupe on observe que le stade Fagerström moyen est passé de 2,93 à 2,28 ce qui est en faveur d'une amélioration du profil de dépendance tabagique.

		Stade de Fagerström à 6 mois		
		0 - 1	2 - 3	4 - 5 - 6
Stade de Fagerström à l'inclusion	0 - 1	6	0	0
	2 - 3	1	12	1
	4 - 5 - 6	2	3	4



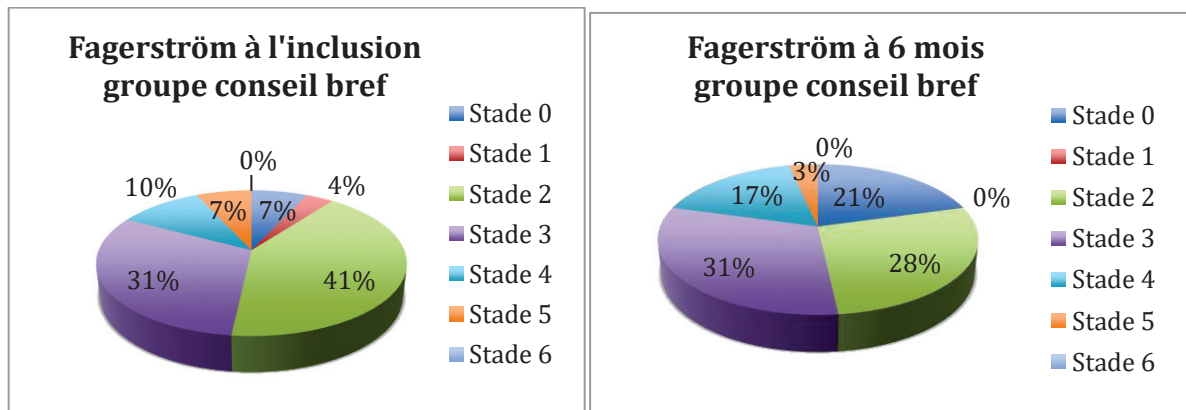
### C. Evolution du Fagerström au sein du groupe conseil bref

Dans le groupe conseil bref nous n'avons pas trouvé de diminution significative ( $p=0,26$ ) de la dépendance tabagique entre le début et la fin de l'étude.

Nous ne pouvons pas conclure sur l'efficacité de l'intervention de conseil bref pour modifier la dépendance tabagique à 6 mois.

Quand on regarde l'ensemble de la population dans ce groupe on observe que le stade Fagerström moyen est passé de 2,55 à 2,34 ce qui est néanmoins en faveur d'une diminution.

		Stade de Fagerström à 6 mois		
		0 - 1	2 - 3	4 - 5 - 6
Stade de Fagerström à l'inclusion	0 - 1	2	1	0
	2 - 3	3	16	2
	4 - 5 - 6	1	0	4



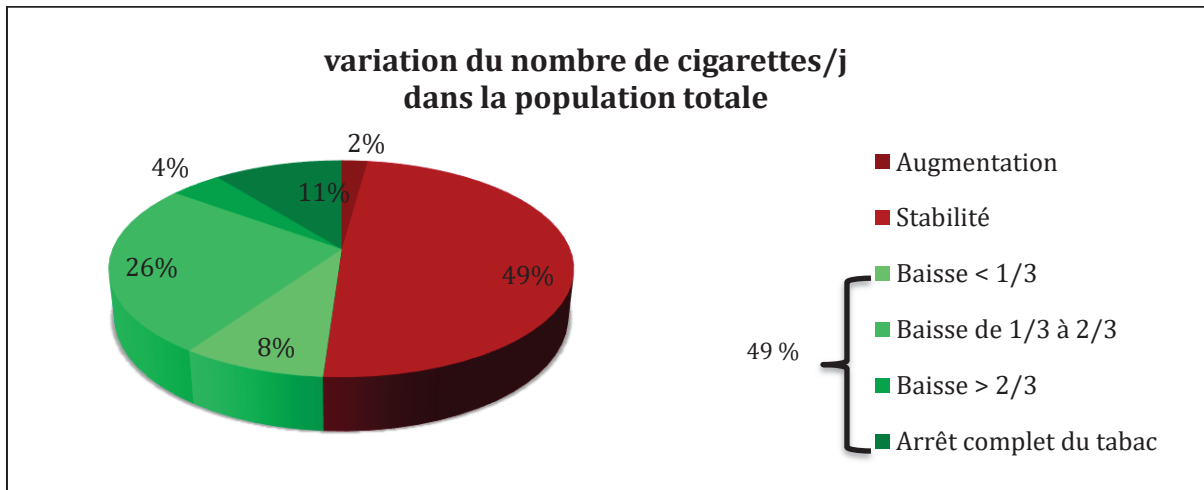
### D. Comparaison entre les deux groupes

En ce qui concerne la variation de dépendance tabagique entre les deux groupes, l'analyse univariée n'a pas montré de résultat statistiquement significatif ( $p=0,27$ ).

## V. Evolution du nombre de cigarettes consommées par jour

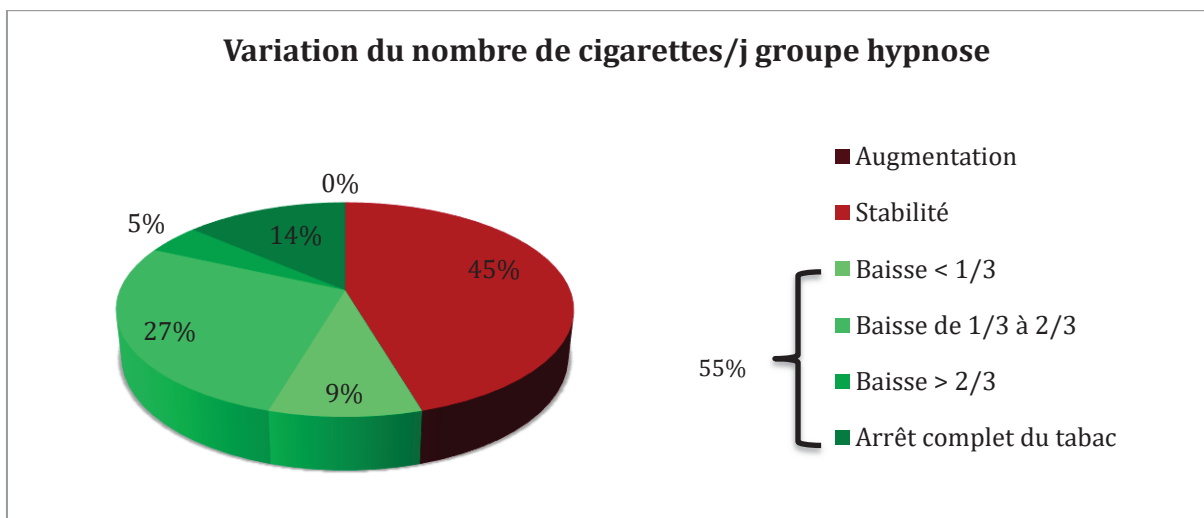
### A. Evolution dans la population totale

49% des patients inclus ont diminué leur consommation de cigarettes ou arrêté de fumer complètement.



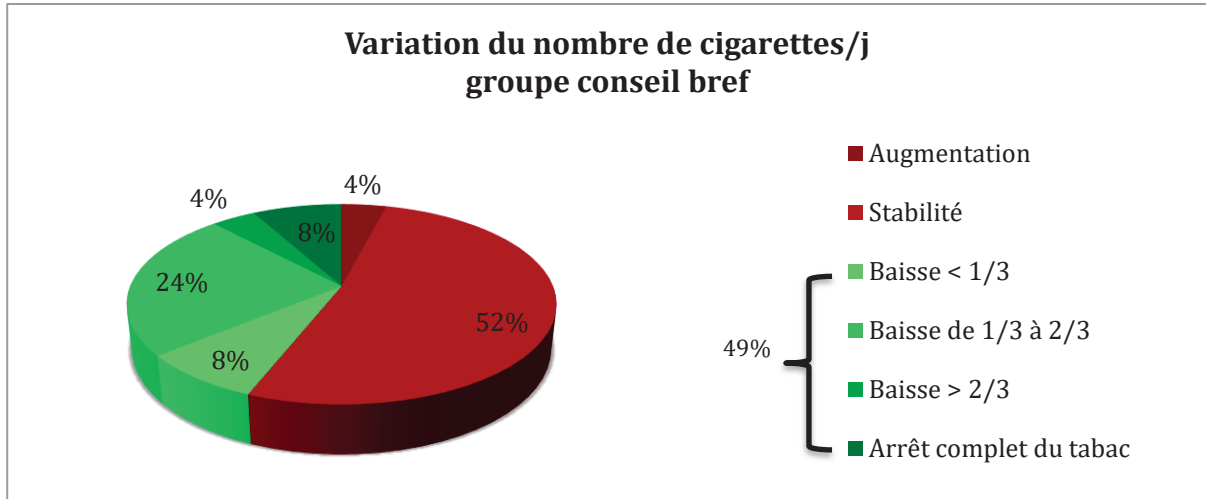
### B. Evolution au sein du groupe hypnose

55 % des patients inclus dans le groupe hypnose ont diminué ou arrêté leur consommation de tabac.



### C. Evolution au sein du groupe conseil bref

44 % des patients inclus dans le groupe conseil bref ont diminué ou arrêté leur consommation de tabac.



### D. Comparaison des deux groupes

La modification du nombre de cigarettes consommées par jour (sevrage complet ou diminution) dans le groupe hypnose, n'est pas significativement différente de celle du groupe conseil bref (RR=1,24 ; IC 95% 0,48-4,84) (p=0 ,47).

	Diminution ou arrêt	Stable	Total
Hypnose	12 (55%)	10 (45%)	22
Conseil bref	11 (44%)	14 (66%)	25
Total	23	24	47

# DISCUSSION

---

## I. Synthèse des principaux résultats

Dans notre étude, les deux interventions ont montré qu'elles amélioreraient toutes deux la motivation au changement comportemental en modifiant significativement les stades Prochaska entre l'inclusion et la réévaluation à 6 mois dans chacun des deux groupes (groupe hypnose  $p < 0,01$  et groupe conseil bref  $p < 0,01$ ).

L'efficacité du conseil bref a donc été confirmée par notre étude montrant que l'intervention hypnotique a bien été comparée à un traitement actif.

Il n'a pas pu être mis en évidence de différence significative ( $p > 0,05$ ), entre les deux interventions sur ce critère. Cela peut être dû au simple hasard, à la taille des échantillons, ou bien à l'existence d'un biais. On ne peut donc pas conclure à une supériorité de l'intervention hypnotique sur l'intervention de conseil bref et vice versa.

Au sein du groupe hypnose, le stade Fagerström moyen est passé de 2,93 à 2,28 ce qui est en faveur d'une amélioration, tout comme au sein du groupe conseil bref, où le stade Fagerström moyen est passé de 2,55 à 2,34.

Cependant, en ce qui concerne la dépendance, notre étude n'a pu mettre en évidence d'amélioration significative entre le début et la fin de l'étude, ni dans le groupe hypnose ( $p > 0,05$ ) ni dans le groupe conseil bref ( $p > 0,05$ ).

Enfin, on peut observer une diminution de consommation de cigarettes chez 49 % des patients inclus dans notre étude qui ont arrêté ou diminué leur consommation avec 55% dans le groupe hypnose et 44% dans le groupe conseil bref.

Cependant il n'a pas été démontré de différence statistiquement significative ( $p > 0,05$ ) entre le groupe hypnose et le groupe conseil bref.

## II. Mise en perspective des résultats et confrontation à la littérature

Dans la littérature, il existe différents types d'études portant sur l'évaluation de l'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge du sevrage tabagique. Certaines études comparent des séances d'hypnose formelle, à des interventions de conseil ou comportementales, à des traitements médicamenteux ou substitutifs nicotiques, ou à une association des deux. Les études suivantes sont toutes des essais prospectifs contrôlés, randomisés. Comme le rappelle le rapport Inserm (72) paru en 2015, qui fait le point sur l'efficacité et la sécurité de l'hypnose : il faut se souvenir que devant l'hétérogénéité des interventions en hypnose, nous ne pouvons pas généraliser les conclusions d'une étude au delà de l'intervention spécifiquement étudiée.

### A. Hypnose versus interventions psycho-comportementales

#### 1. Hypnose intensive versus conseil bref

Dans une étude d'Elkins et al. en 2006 (127), comparant hypnose intensive (suggestions individualisées) plus conseil téléphonique, à un conseil téléphonique seul, on observe 40% d'arrêt à 6 mois dans le groupe hypnose intensive ( $p < 0,05$ ).

L'abstinence à long terme était supérieure dans le groupe hypnose par rapport au groupe conseil téléphonique (RR=9,00 ; IC 95 % 0,55-147,95)

Cette étude souffre de plusieurs biais méthodologiques, les effectifs sont restreints (20 patients inclus au total) et nous ne disposons pas d'information sur la méthode de randomisation, ni sur la réalisation (ou non) en intention de traiter.

#### 2. Séance d'hypnose de groupe versus relaxation

L'étude de Dickson-Spillmann et al. parue dans BMC Public Health en 2013 (128) est une étude randomisée en cluster (par groupe de patients) réalisée en simple aveugle chez 223 patients.

Elle compare à chaque fois en séance de groupe, une séance unique d'hypnose (selon un script) à une séance unique de relaxation.

Toutes deux sont associées à des suggestions identiques, à une discussion concernant les bénéfices de l'arrêt, un débriefing en fin de séance, un enregistrement audio de la séance reçue pour la réécouter, ainsi que deux conseils téléphoniques de suivi.

Cette étude a été réalisée avec calcul a priori du nombre de sujet à inclure, ainsi que réalisation per protocole et en intention de traiter ; cependant l'aveugle n'a pas été mené jusqu'au bout (les participants ont appris l'intervention reçue lors du débriefing, ce qui a pour certains pu influencer leur motivation, constituant un biais) (129) (130).

Cette étude n'a pas montré de supériorité de l'hypnose par rapport à la relaxation pour le sevrage tabagique avec à 6 mois : 14,7% d'arrêt dans le groupe hypnose contre 17,8% dans le groupe relaxation.

Cependant, le taux d'abstinence à 6 mois, contrôlé par mesures biochimiques dans les deux groupes est nettement supérieur aux taux de 7-8% observés dans la littérature lors des arrêts spontanés (72).



L'objectif des auteurs était de mettre en évidence l'efficacité spécifique de l'hypnose indépendamment de ses effets non spécifiques, c'est pourquoi ils ont également utilisé des suggestions dans le groupe contrôle (72).

On peut donc se demander si les mêmes suggestions utilisées dans les deux groupes n'ont pas eu d'effet hypnotique comparant ainsi l'hypnose à elle-même, ce qui expliquerait également les très bons taux d'arrêt dans chaque groupe.

Par ailleurs, l'hypnose semblait supérieure à la relaxation pour ce qui est d'atténuer les symptômes de sevrage, et il y a eu peu d'effets indésirables quel que soit le groupe

## **B. Hypnose versus TNS**

L'étude de Hasan et al. en 2014 (131) est un essai monocentrique ayant randomisé 122 patients en 3 groupes (plus un groupe non randomisé souhaitant arrêter de fumer sans aide) comparant une séance unique d'hypnose individualisée à différents types d'interventions. A 26 semaines 33,9 % des patients étaient perdus de vue sans différence significative entre les groupes ; ils ont été considérés comme fumeurs persistants et l'analyse a été réalisée en intention de traiter.

La comparaison entre le groupe hypnose (séance individuelle) et le groupe TNS retrouvait 36,6 % d'arrêt à 26 semaines dans le groupe hypnose versus 18 % dans le groupe TNS ( $p=0,06$ ).

## **C. Combinaison d'interventions**

Toujours dans l'étude de Hasan et al. (131), la comparaison entre le groupe hypnose associée aux TNS, et le groupe TNS seuls retrouvait 34,2 % d'arrêt à 26 semaines dans le groupe hypnose + TNS versus 18 % dans le groupe TNS seuls ( $p=0,10$ ).

L'étude de Carmody et al. parue dans Nicotine & Tobacco Research en 2008 (132) compare l'efficacité de l'hypnose (selon un script) versus conseil comportemental, quand ces deux interventions sont combinées aux TSN et au soutien téléphonique. L'étude a été réalisée chez 286 patients volontaires, randomisés en groupes comparables au cours d'une hospitalisation. La méthodologie de cette étude est faite avec analyse per protocole et en intention de traiter. Les résultats montrent qu'il y avait davantage de chances d'arrêter de fumer dans le groupe hypnose, bien que cela ne soit pas statistiquement significatif.

A 6 mois : 26% d'arrêt dans le groupe hypnose versus 18% dans le groupe conseil comportemental (RR= 1,44 ; IC 95% = 0,91-2,3).

A un an : 20% d'arrêt dans le groupe hypnose versus 14% d'arrêt dans le groupe conseil comportemental (RR= 1,40 ; IC 95%= 0,81-2,42).

## D. Revue de la littérature

En 2010 la Cochrane Database (133) a produit une revue de la littérature concernant l'hypnose dans le sevrage tabagique. Elle inclut 11 essais contrôlés randomisés, avec notamment l'étude d'Elkins et al. ainsi que celle de Carmody et al.

Les 11 essais étudiaient 18 interventions différentes, avec des effectifs et des méthodologies hétérogènes entre les études, ce qui n'a pas permis la réalisation d'une méta-analyse.

Le critère de jugement principal était le taux d'abstinence à 6 mois minimum, parfois confirmé par des mesures biochimiques. L'hypnose n'a pas fait preuve de supériorité par rapport aux autres méthodes d'aide au sevrage. A noter qu'aucune des ces 11 études n'a rapporté d'effet indésirable de l'hypnose, confirmant la sécurité pour les patients.

Un sous-groupe de 6 études, comprenant 396 patients, et portant spécifiquement sur la comparaison hypnose versus conseil bref, n'a pas retrouvé de différence significative dans les taux d'arrêt à 6 mois ou plus. Les résultats de ces études suggèrent un bénéfice de l'hypnose sans que cela ait pu être mis en évidence à cause de trop nombreux biais.

Ainsi, les données de la littérature n'ont pas montré que l'hypnose avait un effet supérieur, sur le taux de sevrage tabagique à 6 mois, par rapport à d'autres interventions (72).

La plupart des essais réalisés sur le sujet, étudiant hypnose versus interventions comportementales, ou interventions de conseil, comparent ces interventions à des séances d'hypnose bien formalisées.

A notre connaissance, aucune étude n'a exploré l'utilisation de l'hypnose conversationnelle pour le sevrage tabagique versus une autre intervention.

Notre étude, qui comparait une intervention hypnotique brève conversationnelle à une intervention de conseil bref de sevrage tabagique dans une population de médecine générale est donc inédite.

De plus, tous les patients de ces études étaient informés de leur inclusion dans une étude sur le sevrage tabagique, ce qui a probablement influencé leur motivation (129), contrairement à la nôtre, dans laquelle le patient ignorait qu'il était l'objet d'une intervention.

## Données de la littérature concernant l'utilisation de l'hypnose pour le sevrage tabagique

Etudes	Effectif	Intervention	Critère de jugement principal	Résultats	Commentaires
Elkins et al 2006 (127) essai prospectif contrôlé randomisé	N= 20 (hypnose 10?/ conseils 10 ?) supposition car non précisé	<b>hypnose:</b> 8 séances individuelles /2 mois ( suggestions individualisées+ écoute d'enregistrement audio à domicile ) + 3 conseils téléphoniques de suivi <b>versus</b> <b>3 conseils téléphoniques seuls</b>	taux d'abstinence à 3 et 6 mois déclaratif + mesure CO	à 3 mois: 60 % d'arrêt à <b>6 mois: 40 % d'arrêt (p&lt;0,05)</b>	petite taille de l'échantillon l'abstinence à long terme était supérieure dans le groupe hypnose
Carmody et al 2008 (132) essai prospectif contrôlé randomisé	N= 286 (hypnose 141/ conseil 145)	<b>hypnose:</b> 2 séances d'1h (selon un script + apprentissage auto-Hypnose + écoute enregistrement audio 1/)) + TNS pendant 2 mois + 3 conseils téléphoniques de suivi <b>versus</b> <b>conseil comportemental d'arrêt :</b> 2 séances d'1h + TNS pendant 2 mois + 3 conseils téléphoniques de suivi	taux d'abstinence à 6 et 12 mois déclaratif + mesure de CO (ou contrôle de déclaration par l'entourage)	à 6 mois: 26% d'arrêt versus 18% (RR=-1,44;95% CI 0,91-2,30) à 12 mois: 20% d'arrêt versus 14% (RR=-1,40;95% CI 0,81-2,42)	analyse réalisée en per protocole ainsi qu'en intention de traiter (ITT) (en ITT les perdus de vue ont été considérés comme fumeurs persistants) il y avait plus de chance d'arrêt dans le groupe hypnose bien que cela ne soit pas statistiquement significatif.
Barnes et al 2010 (133) Cochrane database systematic reviews incluant 11 essais randomisés	11 études 18 interventions différentes effectifs variables selon les études, pas de méta-analyse réalisable devant l'hétérogénéité des méthodes	<b>hypnose</b> (méthodologies diverses: nombre et durées des séances; durée de prise en charge dans le temps) <b>versus</b> autres(s) intervention(s) (traitement psychologique, "rapid smoking", TNS, placebo de TNS, ou pas de traitement). ou <b>hypnose + autre traitement</b> <b>versus</b> <b>autre traitement seul</b>	taux d'abstinence à 6 mois minimum déclaratif et/ou mesures biochimiques	hétérogénéité des résultats	pas de preuve de supériorité de l'hypnose sur le traitement psychologique ni le "rapid smoking". Aucune de ces 11 études n'a rapporté d'effet indésirable
sous groupe: hypnose versus conseil bref	N=396 (6 études)	sous groupe: <b>hypnose versus conseil bref</b>		pas de différence significative dans les taux d'arrêt à 6 mois ou plus	les estimations des ces 6 études suggèrent un bénéfice de l'hypnose sans qu'il n'ai pu être mis en évidence à cause de trop nombreux biais
Dickson-Spillmann et al 2013 (128) essai prospectif contrôlé, randomisé en cluster (par groupe de traitement)	N= 223 (hypnose:116/ relaxation 107)	<b>hypnose:</b> séance de groupe unique réalisée selon un script +suggestions+ 2 conseils téléphoniques de suivi <b>versus</b> <b>relaxation:</b> séance de groupe unique+ suggestions identiques + 2 conseils téléphoniques de suivi	taux d'abstinence à 6 mois déclaratif + dosage de cotinine salivaire	à 6 mois: 14,7% d'arrêt versus 17,8% cette étude n'a pas montré de supériorité de l'hypnose par rapport à la relaxation pour le sevrage tabagique.	le taux d'abstinence à 6 mois dans les deux groupes est nettement supérieur aux taux observés sans la littérature sur les taux d'abstinence sans aide, on peut se demander si les suggestions utilisées dans le groupe relaxation n'ont pas eu un rôle hypnotique comparant ainsi l'hypnose à une version atténuée d'elle-même
Hasan et al 2014 (131) essai prospectif contrôlé randomisé monocentrique (patients hospitalisés pour pathologie cardio-pulmonaire)	N=122 3 groupes (hypnose 41/ TNS 41 / hypnose + TNS /40) + groupe contrôle "sevrage sans aide" de 42 patient ayant refusé la randomisation	<b>hypnose:</b> séance individuelle 1h30 + cassette audio de la séance <b>versus</b> TNS pendant 2 mois <b>hypnose</b> (protocole identique ) + TNS 2mois Tous les patients randomisés ont également reçu 1 conseil d'arrêt + 5 conseils téléphoniques; les patients non randomisés ont reçu uniquement le conseil d'arrêt.	taux d'abstinence à 26 semaines déclaratif + dosage cotinine urinaire.	groupe hypnose 36,6% d'arrêt versus TNS seul 18% ( p=0,06) groupe hypnose + TNS 34,2% d'arrêt versus TNS seul 18% (p=0,10) => <b>tendance à la supériorité de l'hypnose par rapport aux TNS.</b> groupe contrôle sevrage" sans aide", 27% d'arrêt de façon non significative.	analyse en ITT les perdus de vue ont été considérés fumeurs persistants l'étude a également été réalisée en analyse multivariée retrouvant selon les critères: une supériorité des taux d'arrêt significatifs dans les groupes: - hypnose versus TNS seul (p=0,03) et - hypnose + TNS versus TNS seul (p=0,04)

## E. Intérêt du choix du groupe contrôle « conseil bref »

En 2013 la Cochrane Database a effectué une revue de la littérature (121) afin de déterminer l'efficacité du conseil bref versus absence de conseil ou versus « soin usuel » pour le sevrage tabagique.

Le cadre le plus couramment retrouvé pour la délivrance du conseil était la médecine générale.

17 essais comparant conseil bref versus absence de conseil (ou soin usuel), ont été inclus, mettant en évidence une augmentation significative du taux de sevrage (RR =1,66 ; IC 95%= 1,42 – 1,94).

Parmi les 11 essais où l'intervention était jugée plus intensive, l'effet estimé était plus important (RR =1,84 ; IC 95%= 1,60 – 2,13), mais il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les sous-groupes conseil bref versus conseil intensif. La comparaison directe : Conseil bref versus conseil intensif, a montré une légère supériorité pour le conseil intensif (RR=1,37; IC 95%= 1,20 – 1,56). La comparaison directe a aussi suggéré une légère supériorité en cas de consultations de suivi.

Un simple conseil a un effet minime sur les taux de sevrage. Si l'on considère un taux de sevrage non assisté de 2 à 3 %, une intervention brève de type conseil bref peut augmenter ce taux de 1 à 3 % supplémentaires.

Les composantes supplémentaires semblent n'avoir qu'un léger effet avec un faible bénéfice supplémentaire pour les interventions intensives comparées aux interventions très brèves.

Ceci confirme les résultats de la revue de la littérature effectuée par la Cochrane Database en 2005 (134) qui n'avait pu détecter d'effet plus important pour le conseil intensif comparé à un conseil bref (5 essais, RR =0,96 ; IC 95 % 0,74-1,25).

Les conclusions de cette revue de la littérature sont que les conseils fournis par un médecin aident les fumeurs à arrêter de fumer.

Même quand un médecin ne fournit qu'un conseil bref sur le sevrage tabagique à un fumeur, cela augmente la probabilité de sevrage tabagique et la maintenance de l'arrêt au bout de 12 mois.

Des conseils plus appuyés peuvent entraîner des taux de sevrage légèrement plus élevés et un conseil d'arrêt accompagné d'une proposition de suivi peut augmenter légèrement les taux d'arrêt.

Par ailleurs, dans une méta-analyse de janvier 2017 (135) étudiant l'efficacité des interventions médicamenteuses et comportementales pour le sevrage tabagique, le conseil individuel (RR=1,64 ; IC 95%= 1,17-2,28) et le conseil téléphonique (RR=1,47 ; IC 95%= 1,15-1,88) ont été jugés plus efficaces que les soins usuels chez les patients avec des pathologies cardiovasculaires.

Ainsi, tout comme dans la littérature (3)(121) (122), notre étude a retrouvé une efficacité du conseil bref de sevrage. Par ailleurs, notre étude a également retrouvé une efficacité de l'hypnose qui n'est pas significativement différente de celle du groupe contrôle. L'hypnose est donc efficace dans l'aide au sevrage tabagique puisqu'elle n'est pas inférieure au conseil bref de sevrage.

Nos résultats sont même légèrement meilleurs que dans le groupe conseil bref, et il est possible que l'absence de significativité soit due à la taille des effectifs.

### III. Critique de notre étude

#### A. Choix du type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude interventionnelle prospective inédite, comparant l'hypnose conversationnelle, au conseil bref d'arrêt, pour l'aide au changement de comportement vis-à-vis du tabac.

Dans la littérature, il n'existe pas à notre connaissance, d'étude réalisée dans des conditions identiques à la nôtre, c'est-à-dire comparant en pratique de médecine générale ambulatoire, une intervention hypnotique conversationnelle brève, à une intervention de conseil bref de sevrage tabagique.

##### 1. Choix du groupe contrôle

En plus d'être efficaces, pour être utilisables en pratique de médecine générale, les interventions doivent être brèves, c'est pourquoi nous avons choisi le conseil bref d'arrêt comme intervention de contrôle. Les résultats de notre étude retrouvent une confirmation de l'efficacité du conseil bref, l'intervention hypnotique a donc bien été comparée à un traitement actif.

##### 2. Choix de l'hypnose conversationnelle

Devant la nécessité d'être bref et cependant efficace pour entraîner un changement durable de comportement, en suscitant l'envie d'arrêter, nous avons choisi d'étudier l'effet d'une intervention brève de type hypnose conversationnelle plutôt qu'une séance d'hypnose formelle.

Le script<sup>a</sup> a été établi pour être axé sur le changement quel que soit le stade au sein duquel se trouve le patient afin de s'adresser à la plus large patientèle possible.

L'intérêt de la métaphore de changement est qu'elle s'adresse au patient quel que soit le stade qu'il occupe dans le processus de changement.

Cependant, dans la mesure où certaines études ont bien mis en évidence (42) que les suggestions sont efficaces de façon ciblée, peut-être aurait-il été licite d'y adjoindre une suggestion adaptée à chaque stade Prochaska.

##### 3. Choix du critère de jugement principal

Le critère de jugement principal n'était pas seulement l'arrêt du tabagisme mais bien le changement comportemental du patient.

L'essentiel étant selon nous tout d'abord de susciter l'envie d'arrêter, préalable indispensable à tout sevrage.

---

<sup>a</sup> Cf. Annexe 6 : Script hypnotique réalisé pour l'étude.

## **B. Population étudiée**

### **1. Une population cible large**

La population de notre étude comprenait les patients fumeurs, non demandeurs d'une aide au sevrage lors de la consultation, pris en charge au sein d'un cabinet de médecine générale situé à Antibes dans les Alpes-Maritimes.

Les praticiens exerçant dans ce cabinet sont trois médecins généralistes installés ensemble depuis une vingtaine d'années, et recevant une clientèle majoritairement composée de jeunes actifs (proximité avec le site Sophia-Antipolis) ainsi que de personnes âgées. L'âge moyen dans notre étude était de 42 ans pour un tabagisme moyen d'une vingtaine de paquets-années, (soit en moyenne, une consommation de 1 paquet de cigarettes/jour en supposant un début de consommation vers 20 ans).

Les critères de non inclusion et d'exclusion étant peu nombreux, les résultats de notre étude peuvent être facilement généralisables à une large population-cible.

De plus, malgré le fait qu'ils ne consultaient pas spécifiquement pour le motif de sevrage tabagique, la population incluse comprenait bien des patients en désir de sevrage : en effet, tous les stades Prochaska étaient représentés à l'inclusion dans chacun des deux groupes.

Nous pouvons donc extrapoler les résultats de notre étude à l'ensemble de la population de fumeurs majeurs à l'exclusion des mineurs, des patients en stade terminal d'un cancer, ou bien présentant une pathologie psychiatrique décompensée.

### **2. Echantillonnage**

Habituellement, la randomisation garanti l'absence de biais de sélection, ce qui n'était pas réalisable en pratique dans notre étude.

En effet, il aurait fallu tirer au sort chaque patient entrant au cabinet, pour l'attribuer de façon aléatoire à un des médecins titulaires (groupe conseil bref) ou bien à l'investigatrice principale (groupe hypnose) ce qui aurait été contre le libre choix de son thérapeute pour le patient.

De plus, dans le cadre d'une étude pragmatique, l'objectif est que la population soit la plus représentative des patients traités ce qui est bien le cas dans notre étude puisque il s'agissait de l'inclusion consécutive de tous les patients fumeurs majeurs et qu'il n'existait que très peu de critères d'exclusion. Les critères d'inclusion étant larges et les critères d'exclusion rares et très précis, l'existence d'un biais de sélection semble donc peu probable. Enfin, les caractéristiques initiales des patients inclus dans chaque groupe ont été analysées de façon statistique et sont bien statistiquement comparables sur tous les critères qu'ils soient aspécifiques (sexe, âge, IMC, P/A) ou spécifiques (Prochaska et Fagerström)

### 3. Impact du niveau d'étude des patients

Il a été montré que les patients avec un plus haut niveau d'éducation étaient plus sensibles aux interventions de conseil bref que les patients avec un faible niveau de d'éducation (136). L'hypnose, en s'adaptant au langage du patient, s'affranchit des difficultés liées à la compréhension, ce qui pourrait présenter un avantage par rapport au conseil bref en élargissant la population concernée par ce type d'intervention.

#### C. Possibles biais

##### 1. Etude en aveugle

En ce qui concerne notre étude, les investigateurs ne pouvaient ignorer l'intervention allouée: les médecins titulaires savaient qu'ils dispensaient un conseil bref d'arrêt et l'investigatrice principale savait qu'elle dispensait une intervention d'hypnose conversationnelle. Nous ne pouvions donc pas réaliser de double aveugle dans ce contexte.

Cependant, l'étude a été menée en simple aveugle: le patient devait ignorer qu'il bénéficiait d'une intervention concernant le tabac, ce qui aurait pu modifier son comportement sans que cela soit attribuable à l'intervention reçue, réalisant un biais. C'est pour cette raison que l'affichage en salle d'attente ne mentionnait pas le motif du projet d'étude en cours. En effet, pour l'étude d'un changement de comportement il faut absolument se prémunir de « l'effet Hawthorne<sup>a</sup> » (129) (130) c'est-à-dire le changement de comportement induit par le fait que le patient a connaissance du fait qu'il participe à une étude.

##### 2. Investigateurs multiples

Dans la mesure où les médecins délivrant les interventions ne pouvaient être en aveugle de ce qu'ils faisaient, nous avons choisi de faire réaliser les interventions de conseil bref par des médecins autres que l'investigatrice principale afin que celle-ci ne délivre pas inconsciemment de moins bons conseils de sevrage pour favoriser ses propres résultats. L'objectif était double: éthique afin que les patients aient la meilleure prise en charge dans chaque groupe (ayant face à eux à chaque fois un médecin pleinement impliqué dans leur réussite) et méthodologique, pour éviter les biais d'exécution.

---

<sup>a</sup> Effet Hawthorne: sur le plan de la psychologie expérimentale, le simple fait que les sujets soient conscients de participer à une expérience dans laquelle ils sont testés, entraînera une plus grande motivation de leur part.



### **3. Taille des groupes et perdus de vue**

L'intervention a été menée en été ce qui a sans doute eu deux incidences :

- sur le nombre de patients recrutés moins important que si l'intervention avait été menée en hiver (le nombre moyen de consultation par jour étant plus faible qu'en hiver dans ce cabinet : 18/médecin/ jour en été, contre 27/médecin/jour en hiver).

- sur le nombre de perdus de vue : en été la population de la ville d'Antibes comporte un grand nombre de vacanciers qui ne sont pas suivis dans ce cabinet de façon habituelle, et dont les coordonnées ont pu être plus facilement erronées, ou mal enregistrées.

Enfin, le nombre de sujets à inclure n'a pas été calculé a priori.

Ceci a cependant moins d'impact sur l'interprétation des variables qualitatives.

### **D. Recueil des données**

#### **1. Intention de traiter**

L'analyse a été réalisée en intention de traiter; c'est-à-dire que tous les patients perdus de vue ont été considérés comme fumeurs persistants : dans leur dépendance, leur consommation et leur envie de changer leur comportement. Cela pourrait avoir eu une influence sur la significativité des résultats, notamment celle du Prochaska, ce qui pourrait avoir rendu les résultats non significatifs à cause des perdus de vue.

Cette étude étant pragmatique et en intention de traiter, nous avons également conservé les patients qui faisaient mention, lors du recueil à 6 mois, de l'utilisation d'une méthode de sevrage tabagique. On peut observer qu'il y a eu des patients ayant eu recours à d'autres méthodes dans le groupe conseil bref (Un des patients était sevré depuis 7 jours et sous patchs nicotiniques, un autre avait diminué sa consommation de plus de 2/3 après avoir fait de l'acupuncture.) ce qui n'est pas le cas du groupe hypnose.

#### **2. Recueil des données en aveugle**

Le recueil des données à 6 mois a été réalisé par un investigateur unique : l'investigatrice principale. Cela aurait pu induire un biais d'évaluation, c'est pour cette raison que le critère d'évaluation principal « stade de Prochaska » a été défini de manière très précise afin qu'il soit reproductible entre les opérateurs, fiable, et qu'il ne laisse pas de place à l'interprétation personnelle de l'investigatrice principale au moment du recueil des résultats.

Afin d'être encore le plus objectif possible, les rappels téléphoniques ont été réalisés en aveugle, c'est-à-dire que l'investigatrice principale ne connaissait pas le groupe dans lequel avait été inclus le patient au moment d'évaluer le stade Prochaska final par téléphone.

Ainsi le biais d'évaluation a été limité au maximum.

### 3. Recueil des critères de jugement

Nos critères de jugement étaient uniquement déclaratifs et n'étaient pas confirmés par des dosages nicotiques afin d'être au plus près de ce qui est fait en pratique courante de médecine de ville ;

D'autre part, la quantité de cigarettes consommées n'était qu'un critère secondaire car nous savons que celle-ci est un facteur de risque nettement inférieur à la durée d'exposition, ce qui fait du sevrage total un objectif prioritaire par rapport à la diminution de la quantité.

#### **IV. Implications pour la pratique et ouvertures**

L'addiction au tabac est un phénomène complexe, pour lequel il n'existe pas de « traitement miracle », et les données de la littérature concernant les interventions de sevrage peinent à mettre en évidence des preuves scientifiques.

Le sevrage est un processus qui demande du temps, et nécessite un suivi prolongé, expliquant les faibles taux d'arrêt prévisibles quel que soit le type de moyen et d'étude.

Dans l'absolu, l'objectif n'est pas forcément de trouver une méthode unique, qui constituerait une « méthode universelle » meilleure que les autres, mais de pouvoir proposer le panel le plus large possible, afin d'offrir des solutions diverses, adaptées à chacun dans le souci d'une médecine individualisée.

Associer méthodes psycho-comportementales et moyens médicamenteux, semble complémentaire, afin d'agir à la source de la décision : la motivation pour le sevrage. L'hypothèse principale de l'utilisation de l'hypnose est qu'elle favorise le changement nécessaire à cela. D'autre part, l'hypnose présente l'avantage de pouvoir être réutilisée à volonté par le patient en autohypnose, notamment pour agir sur le stress, l'anxiété et pour entretenir sa motivation.

Sur un plan plus personnel, cette pratique a renforcé notre intérêt pour la Médecine Générale au travers du lien qui se noue avec les patients. Pour juger de ce type d'intervention, peut-être faut-il également nous questionner sur l'influence que peut avoir le rapport du thérapeute au tabac. En effet, un mot n'a pas de sens en soi, il est interprété au sein d'une relation et d'un contexte d'énonciation. Ainsi, le rapport au tabac des investigateurs, perçant dans leur communication, notamment non verbale, pourrait également avoir joué un rôle dans l'efficacité de l'intervention.

Ainsi, dans cette étude, nous avons montré que l'hypnose présente un intérêt pour le fumeur, pour l'initiation d'un changement comportemental, étape fondamentale au sevrage tabagique. La méthode, prospective, réalisée en conditions réelles, dans un cabinet de médecine générale, sur une patientèle de fumeurs aux caractéristiques variées, nous permettrait d'imaginer la généralisation des résultats à une large partie de la population de fumeurs. Il serait probablement intéressant de prolonger cette étude en réévaluant cette même population dans quelques mois, afin de connaître l'effet à long terme des procédures utilisées.

Cependant, comme dans la littérature, nous avons été confrontés à des difficultés méthodologiques spécifiques à la recherche en hypnose, comme l'absence de placebo convenable, et l'impossibilité de double aveugle, rendant l'évaluation de celle-ci quasi impossible selon les critères de l'EBM.

Considérant que « l'hypnose est partout » et que la transe peut être un état physiologique spontané, on peut se poser la question de l'intérêt réel de l'évaluer dans les mêmes conditions qu'un médicament. Peut-être faudrait-il développer l'étude de l'hypnose par des méthodes psychologiques plus adaptées à l'évaluation de ce phénomène ?

## CONCLUSION

---

L'hypnose est une faculté naturelle, qui peut être utilisée à visée thérapeutique au sein d'une relation médecin-malade individualisée, dans de nombreuses indications. Nous connaissons de mieux en mieux le phénomène grâce aux neurosciences, mais son intégration à la pratique mérite d'être mieux définie et encadrée par un rationnel scientifique dont la méthodologie reste à inventer.

Pour être pérenne dans le temps, l'arrêt du tabac doit être le fruit d'une décision personnelle qui peut être motivée par le contact avec un thérapeute. L'intervention n'a pas forcément besoin d'être prolongée pour être efficace, car c'est surtout la qualité du message qui prime. Nous le savons, parfois, le médicament délivré sur l'ordonnance n'est que le support de la parole, qui est thérapeutique en elle-même.

L'hypnose conversationnelle semble être une pratique facilement transposable en médecine générale, et qui permettrait, au-delà de l'efficacité de la technique elle-même, d'offrir un nouveau mode de communication médecin-malade et de repenser l'exercice médical.

Dans notre étude pour l'aide au sevrage tabagique, l'hypnose a montré une tendance à la supériorité, de manière non significative, par rapport au conseil bref. En tenant compte des différents résultats, une étude de plus grande ampleur et avec un suivi prolongé pourrait peut-être être envisagée afin de rendre ces résultats significatifs.

*« Il n'existe rien de constant, si ce n'est le changement »*  
Buddha

*« Tant que nous sommes parmi les hommes,  
pratiquons l'humanité »*

*Sénèque*

# BIBLIOGRAPHIE

---

1. INSERM. Franco L. Tabagisme: quel rôle pour le médecin généraliste? [Internet]. [cité 1 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/160/?sequence=18>
2. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 26 juin 2004;328(7455):1519.
3. HAS. Recommandations - Arrêt de la consommation de tabac octobre 2014 [Internet]. [cité 30 nov 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/recommandations\\_-\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac\\_octobre\\_2014\\_2014-11-17\\_14-13-23\\_985.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac_octobre_2014_2014-11-17_14-13-23_985.pdf)
4. Breuil-Genier P. La durée des séances des médecins généralistes - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. DREES n°481, Avril 2006. [cité 28 janv 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
5. Chertok L. L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie: le non-savoir des psy. Odile Jacob; 2006. 308 p.
6. Barthassat.V, Lager.G, Golay.A. Représentations, comportements et obésité. *Rev Médicale Suisse*. 2008;4:848-53.
7. Terrat J. Pratique de l'hypnose en médecine générale : enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France. 2016.
8. Michaux D. La représentation sociale de l'hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose. *Perspect Psy*. 1 déc 2005;44(5):341-5.
9. Barling NR, Lucchi D, G DA. Knowledge, attitudes and beliefs about clinical hypnosis. 2004 [cité 19 déc 2016]; Disponible sur: [http://epublications.bond.edu.au/hss\\_pubs/45](http://epublications.bond.edu.au/hss_pubs/45)
10. Seddiki I. Hypnopraxie en médecine générale: une approche affective. [Bordeaux]; 2016.
11. Spanos NP, Radtke-Bodorik HL, Stam HJ. Disorganized recall during suggested amnesia: fact not artifact. *J Abnorm Psychol*. févr 1980;89(1):1-19.
12. Gandhi B, Oakley DA. Does « hypnosis » by any other name smell as sweet? The efficacy of « hypnotic » inductions depends on the label « hypnosis ». *Conscious Cogn*. juin 2005;14(2):304-15.
13. Gravitz MA. Etienne Félix d'Hénin de Cuvillers: a founder of hypnosis. *Am J Clin Hypn*. juill 1993;36(1):7-11.

14. Benhaiem J-M. Aspects théoriques et expérimentaux de l'hypnose. In: L'hypnose médicale. MED-LINE. 2012.
15. Vanhaudenhuyse A, Laureys S, Faymonville M-E. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiol Clin Neurophysiol.* oct 2014;44(4):343-53.
16. Tollec C. L'hypnose comme thérapie d'accompagnement dans la chirurgie du cancer du sein. [Nantes]; 2008.
17. Godin J. La nouvelle hypnose Vocabulaire, principes et méthode. Albin Michel. 1992.
18. Bellet P. Hypnose (L'). Odile Jacob; 2002. 291 p.
19. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing research and practice: the revised APA Division 30 definition of hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn.* 2015;63(1):1-9.
20. Roustang F. Qu'est ce que l'hypnose? les éditions de minuit; 2002.
21. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. Hypnose en 50 notions. In Dunod; 2010.
22. Arnould C, Arnulf I, Becchio J. La lettre des neurosciences [Internet]. 2015 [cité 7 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/chn/docpdf/let48.pdf>
23. Salem G, Bonvin E. Soigner par l'hypnose. Elsevier-Masson. 2012. (Pratiques en psychothérapie).
24. Chertok L. L'Hypnose, Blessure Narcissique. Empecheurs De Penser En Rond; 1999.
25. Aïm P. Hypnose et arrêt du tabagisme. Aspects théoriques. Résultats d'une étude pilote. Elaboration d'un protocole d'étude. 2009.
26. American Society of Clinical Hypnosis sous la direction de DCH. Métaphores et suggestions hypnotiques. satas. 2004. (Le germe).
27. Megglé D. Douze conférences sur l'hypnose, la thérapie brève et les sangliers. satas; 2011.
28. Roustang F. La fin de la plainte. Odile Jacob. 2000. 186 p.
29. Roustang F. Influence. Les éditions de minuit. 1991.
30. Benhaiem J-M. L'hypnose pour le contrôle de la douleur. *Douleur Analgésie.* 1 déc 2006;19(4):75-80.
31. Michaux D, Wood C, Halfon Y. Manuel d'Hypnose pour les professionnels de santé. Paris: Maloine; 2007.

32. OMS | Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [Internet]. WHO. [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: [http://www.who.int/publications/list/traditional\\_medicine\\_strategy/fr/](http://www.who.int/publications/list/traditional_medicine_strategy/fr/)
33. 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.
34. CEA. L'imagerie médicale [Internet]. CEA/Espace jeunes. 2016 [cité 22 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.cea.fr/comprendre/jeunes/Pages%2fs-informer-reviser%2fsciences-du-vivant%2fessentiel-sur-imagerie-medicale.aspx>
35. O'Neill GC, Barratt EL, Hunt BAE, Tewarie PK, Brookes MJ. Measuring electrophysiological connectivity by power envelope correlation: a technical review on MEG methods. *Phys Med Biol*. 7 nov 2015;60(21):R271-295.
36. Rainville P. L'imagerie cérébrale fonctionnelle et la « neurophénoménologie » de l'hypnose. In: *L'hypnose médicale*. MED-LINE. 2012.
37. Payoux P. Imagerie cérébrale hypnose et douleur. 2012 janv 21; Toulouse.
38. CEA. La plateforme de NeuroSpin [Internet]. CEA/Institut d'Imagerie Biomédicale (I<sup>2</sup>BM). 2016 [cité 28 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.cea.fr/drf/i2bm/Pages%2fNeuroSpin%2fPlateforme%2fOffre-plateforme.aspx>
39. Human Connectome Project | Mapping the human brain connectivity [Internet]. [cité 9 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.humanconnectomeproject.org/>
40. Faymonville M-E, Roediger L, Del Fiore G, Delguedre C, Phillips C, Lamy M, et al. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Res Cogn Brain Res*. juill 2003;17(2):255-62.
41. Macé E, Montaldo G, Cohen I, Baulac M, Fink M, Tanter M. Functional ultrasound imaging of the brain. *Nat Methods*. 3 juill 2011;8(8):662-4.
42. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci*. janv 1999;11(1):110-25.
43. Faymonville M-E, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiol Paris*. juin 2006;99(4-6):463-9.
44. Maquet P, Faymonville ME, Deguedre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry*. 1 févr 1999;45(3):327-33.
45. Halsband U. Learning in trance: functional brain imaging studies and neuropsychology. *J Physiol Paris*. juin 2006;99(4-6):470-82.



46. Rainville P, Price DD. Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *Int J Clin Exp Hypn.* avr 2003;51(2):105-29.
47. Faymonville M-E. L'hypnose en Anesthésie-Réanimation, de l'application clinique aux mécanismes cérébraux [Internet]. Université de Liège, Liège, Belgique; 2003 [cité 26 déc 2016]. Disponible sur: <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/35273>
48. Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini-Ferrando MF, Alpert NM, Spiegel D. Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *Am J Psychiatry.* août 2000;157(8):1279-84.
49. Musellec H - Bases neurophysiologiques de l'hypnose - Bases\_neurophysiologiques\_de\_l\_hypnose.pdf [Internet]. [cité 9 déc 2016]. Disponible sur: [http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Bases\\_neurophysiologiques\\_de\\_l\\_hypnose.pdf](http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Bases_neurophysiologiques_de_l_hypnose.pdf)
50. 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.
51. Danziger N, Fournier E, Bouhassira D, Michaud D, De Broucker T, Santarcangelo E, et al. Different strategies of modulation can be operative during hypnotic analgesia: a neurophysiological study. *Pain.* mars 1998;75(1):85-92.
52. Kiernan BD, Dane JR, Phillips LH, Price DD. Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex: further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. *Pain.* janv 1995;60(1):39-47.
53. Moret V, Forster A, Laverrière MC, Lambert H, Gaillard RC, Bourgeois P, et al. Mechanism of analgesia induced by hypnosis and acupuncture: is there a difference? *Pain.* mai 1991;45(2):135-40.
54. Spiegel D, Albert LH. Naloxone fails to reverse hypnotic alleviation of chronic pain. *Psychopharmacology (Berl).* 1983;81(2):140-3.
55. Derbyshire SWG, Whalley MG, Stenger VA, Oakley DA. Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *NeuroImage.* sept 2004;23(1):392-401.
56. Brune É. L'hypnose, le thérapeute et la science [Internet]. *Sciences Humaines.* [cité 1 janv 2017]. Disponible sur: [http://www.scienceshumaines.com/l-hypnose-le-therapeute-et-la-science\\_fr\\_14723.html](http://www.scienceshumaines.com/l-hypnose-le-therapeute-et-la-science_fr_14723.html)
57. Faymonville et al. Hypnose des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. 2005. [Internet]. [cité 12 déc 2016]. Disponible sur: [http://www.medecine.ups-tlse.fr/du\\_diu/fichiers/ametepe/1212/Hyp\\_bases\\_neurophysio\\_pratique\\_clinique.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/fichiers/ametepe/1212/Hyp_bases_neurophysio_pratique_clinique.pdf)
58. Vanhaudenhuyse A, Boveroux P, Boly M, Schnakers C, Bruno MA, Kirsch M, et al. [Hypnosis and pain perception]. *Rev Med Liege.* juin 2008;63(5-6):424-8.

59. Petrovic P, Kalso E, Petersson KM, Ingvar M. Placebo and opioid analgesia--imaging a shared neuronal network. *Science*. 1 mars 2002;295(5560):1737-40.
60. Kupers R, Faymonville M-E, Laureys S. The cognitive modulation of pain: hypnosis- and placebo-induced analgesia. *Prog Brain Res*. 2005;150:251-69.
61. Musellec H, Bernard F. Principes et techniques analgésiques de l'hypnose [Internet]. [cité 12 déc 2016]. Disponible sur: [http://icarweb.fr/IMG/pdf/musellec\\_2013.14.pdf](http://icarweb.fr/IMG/pdf/musellec_2013.14.pdf)
62. Szechtman H, Woody E, Bowers KS, Nahmias C. Where the imaginal appears real: a positron emission tomography study of auditory hallucinations. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 17 févr 1998;95(4):1956-60.
63. Blakemore S-J, Sirigu A. Action prediction in the cerebellum and in the parietal lobe. *Exp Brain Res*. nov 2003;153(2):239-45.
64. Gronier S. hypnoanalgésie en neurologie. [St denis (Réunion)]; 2015.
65. Coppin C. Place des mots dans la pratique de l'hypnose en médecine générale. [St denis (Réunion)]; 2014.
66. Cojan Y, Waber L, Schwartz S, Rossier L, Forster A, Vuilleumier P. The brain under self-control: modulation of inhibitory and monitoring cortical networks during hypnotic paralysis. *Neuron*. 25 juin 2009;62(6):862-75.
67. De Pascalis V, Magurano MR, Bellusci A, Chen AC. Somatosensory event-related potential and autonomic activity to varying pain reduction cognitive strategies in hypnosis. *Clin Neurophysiol Off J Int Fed Clin Neurophysiol*. août 2001;112(8):1475-85.
68. Haute Autorité de Santé - Changer le regard sur les thérapeutiques non médicamenteuses [Internet]. [cité 9 déc 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1060771/fr/changer-le-regard-sur-les-therapeutiques-non-medicamenteuses](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1060771/fr/changer-le-regard-sur-les-therapeutiques-non-medicamenteuses)
69. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J. Rapport Thérapies complémentaires - Rapport-Thérapies-complémentaires1.pdf. Academie nationale de médecine. [Internet]. [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf>
70. Zech N, Hansen E, Bernardy K, Häuser W. Efficacy, acceptability and safety of guided imagery/hypnosis in fibromyalgia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pain Lond Engl*. 29 nov 2016;
71. Lacroix M. Vécu de patients ayant pratiqué l'hypnose auprès de médecins généralistes. [Tours]; 2015.
72. INSERM (rapport). Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. Juin 2015 [Internet]. [cité 19 déc 2016]. Disponible sur:

[http://www.inserm.fr/content/download/96709/688706/file/hypnose\\_rapport+evaluation+Juin+2015.pdf](http://www.inserm.fr/content/download/96709/688706/file/hypnose_rapport+evaluation+Juin+2015.pdf)

73. Lee HH, Choi YY, Choi M-G. The Efficacy of Hypnotherapy in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Neurogastroenterol Motil.* avr 2014;20(2):152.
74. Tourniaire B. Migraine de l'enfant: les bonnes pratiques. *Douleur Analgésie.* 1 mars 2010;23(1):14-20.
75. Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn.* avr 2000;48(2):138-53.
76. Guichard J. Ressenti des patients sur l'hypnose en médecine générale. Enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de patients, certains en ayant eu l'expérience et d'autres ne connaissant pas l'hypnose. [Rennes]; 2013.
77. Ordre des médecins - Webzine n°3 [Internet]. [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn\\_webzine/2015-07/www/index.php#/intro](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2015-07/www/index.php#/intro)
78. CFHTB. Le code éthique de la CFHTB [Internet]. [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.cfhtb.org/confederation/le-code-ethique-de-la-cfhtb/>
79. Gascon L. L'hypnose médicale: du sommeil à l'éveil. Réflexions sur l'histoire de l'hypnose. [Nancy]; 2007.
80. Michaux D. Aspects expérimentaux et cliniques de l'hypnose. [Paris VII]; 1982.
81. Benhaïem J-M. Historique de l'hypnose et relation avec la pratique actuelle. In: *L'hypnose médicale.* MED-LINE. 2012.
82. Cortez CM, Silva D. Hipnose, imobilidade tônica e eletroencefalograma. *J Bras Psiquiatr.* déc 2013;62(4):285-96.
83. Castiglioni JA, Russell MI, Setlow B, Young KA, Welsh JC, Steele-Russell I. An animal model of hypnotic pain attenuation. *Behav Brain Res.* 30 janv 2009;197(1):198-204.
84. WONCA. Définition Européenne de la médecine générale. 2002. [Internet]. [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
85. Miles A. Evidence based medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* will start publication in September. *BMJ.* 22 juill 1995;311(6999):258.

86. Benhaiem J-M, Roustang F. L'hypnose ou les portes de la guérison. Odile Jacob. 2012.
87. Le Sauder C. Les médecins dit à exercice particulier [Internet]. [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: [http://www.fmf-umep.org/IMG/pdf/fmf\\_mep18\\_11\\_09.pdf](http://www.fmf-umep.org/IMG/pdf/fmf_mep18_11_09.pdf)
88. OMNC (Observatoire Médecine Non Conventionnelle). Accueil. [Internet]. [cité 11 janv 2017]. Disponible sur: <http://omnc.unice.fr/>
89. Poncet C. Hypnose et stage chez le praticien. [Rennes]; 2016.
90. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. Une logique de la communication, Janet Helmick Beavin. Points; 2014.
91. Balint M. Le médecin son malade et la maladie. Payot. 1972.
92. Lambrette G. Un entretien avec Louis G. Castonguay. L'évaluation en psychothérapie. *Psychothérapies*. 13 janv 2015;34(4):211-7.
93. Auclair S. Les principes de base de l'hypnose Ericksonienne. In: *L'hypnose médicale*. 2012.
94. CNCT. La composition de la fumée de tabac [Internet]. [cité 9 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.cnct.fr/impact-sur-la-sante-72/la-composition-de-la-fumee-de-tabac-1-17.html>
95. Collège addictologie. Addiction au tabac. [Internet]. [cité 30 nov 2016]. Disponible sur: <http://cunea.fr/sites/default/files/ecn73.pdf>
96. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. 1 oct 2015;25(5):824-8.
97. OMS. Tabagisme Aide-mémoire N°339 [Internet]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>
98. OFDT. Tabac et cigarette électronique - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 9 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/>
99. OFDT. Le coût social des drogues en France en 2010 [Internet]. [cité 30 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkvc.pdf>
100. Kopp P, Fenoglio P. Les drogues sont-elles bénéfiques pour la France? *Revue économique*. 2011;62(5):899\_918.
101. Berlin I. Rationnel physiopathologique de la prise en charge médicamenteuse du sevrage tabagique : développements actuels et futurs – Pathophysiological rational of smoking cessation drug treatments: present and futur developments - 14236.pdf

[Internet]. La Lettre du Cancérologue • Vol. XVII - n° 4 - avril 2008. [cité 30 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/14236.pdf>

102. Scuvée-Moreau J. [Neurobiology of addiction]. Rev Med Liege. juin 2013;68(5-6):211-7.

103. Guignard R, Beck F, Wilquin JL, Andler, Nguyen-Thanh V, Richard JB. La consommation de tabac en France et son évolution: résultats du baromètre santé 2014. [Internet]. bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2015. Disponible sur: [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/17-18/2015\\_17-18\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/17-18/2015_17-18_1.html)

104. Wasser A-M. L'addiction en médecine générale. [Bordeaux]; 2013.

105. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. American Psychiatric Association. 2013.

106. Publication ATIH. Mise à jour de la CIM-10 FR 2016 | [Internet]. [cité 12 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.atih.sante.fr/mise-jour-de-la-cim-10-fr-2016>

107. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict. sept 1991;86(9):1119-27.

108. Olive le Glatin C. Hypnose et sevrage tabagique : Une autre manière d'être et de faire [Internet]. 2014 [cité 10 déc 2016]. Disponible sur: <chrome://zotero/content/tab.xul>

109. Taytard A. Tabagisme | Dépendance [Internet]. [cité 12 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.respir.com/doc/abonne/pathologie/tabac/TabacDependance.asp>

110. Lalanne L, Laprevote V, Danion J-M, Bacon E. [Theoretical reflection on the place of memory and temporal cognitive mechanisms in addictive disorders]. L'Encephale. juin 2016;42(3):264-9.

111. Lüscher C, Ungless MA. The Mechanistic Classification of Addictive Drugs. PLoS Med [Internet]. nov 2006 [cité 12 janv 2017];3(11). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.unice.fr/pmc/articles/PMC1635740/>

112. Kasanetz F, Deroche-Gamonet V, Berson N, Balado E, Lafourcade M, Manzoni O, et al. Transition to addiction is associated with a persistent impairment in synaptic plasticity. Science. 25 juin 2010;328(5986):1709-12.

113. Granjon Frédéric. Dépendance et sevrage tabagiques: application à un hôpital psychiatrique. [Grenoble]; 2007.

114. INSERM. Addictions [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions>

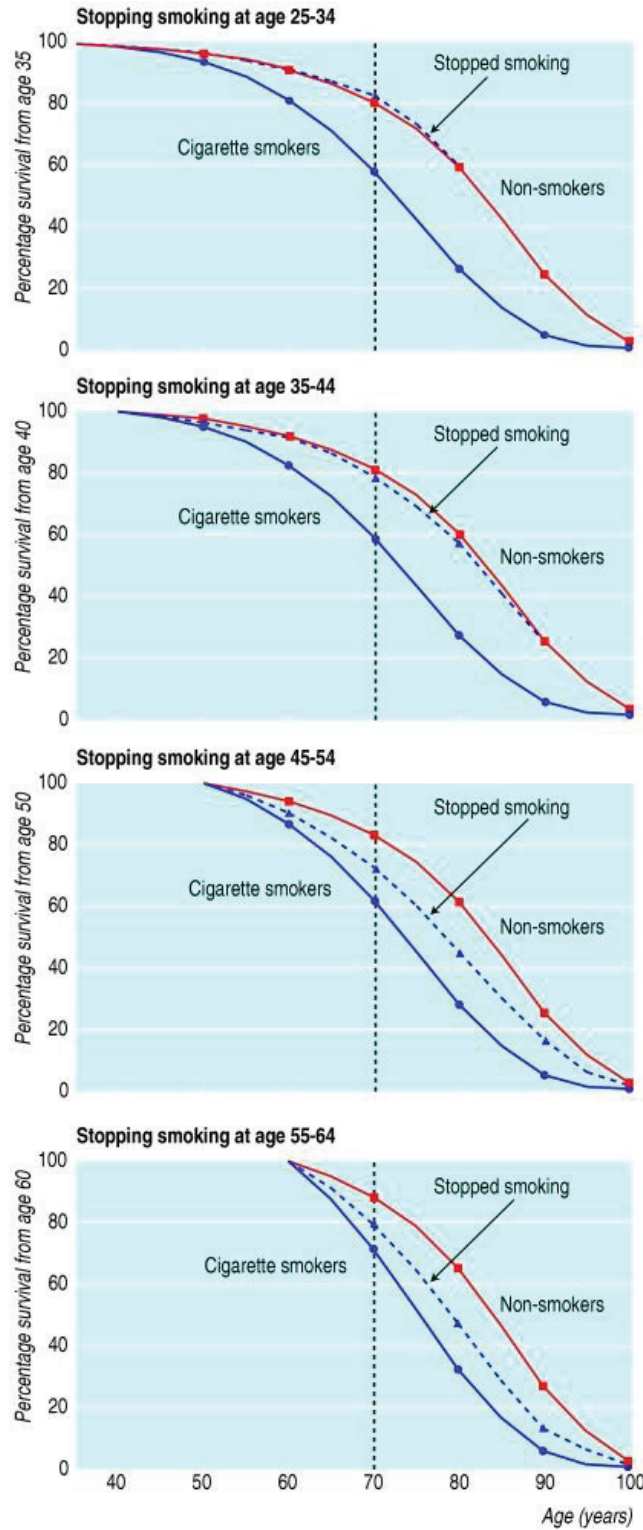
115. Lafont E. Conduites addictives l'hypnose à la rescousse. *Hypnose et thérapies brèves*. 2015;(38).
116. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 9 mai 2016;(5):CD006103.
117. Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;5:CD004307.
118. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 14 sept 2016;9:CD010216.
119. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. sept 1992;47(9):1102-14.
120. Csillik AS, Petot J-M. L'évaluation des stades de changement dans les addictions. *Evol Psychiatr (Paris)*. juillet 2012;77(3):331-41.
121. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;5:CD000165.
122. Guilbaud G. Conseil minimal de sevrage tabagique par le médecin généraliste: point de vue de 406 personnes du pays d'Ancenis. [Nantes]; 2007.
123. Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJJ, et al. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5:CD000214.
124. AFDEM. L'entretien motivationnel [Internet]. [cité 12 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.afdem.org/entretienmotivationnel/>
125. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. InterEditions. 2013.
126. Boardman T, Catley D, Grobe JE, Little TD, Ahluwalia JS. Using motivational interviewing with smokers: do therapist behaviors relate to engagement and therapeutic alliance? *J Subst Abuse Treat*. déc 2006;31(4):329-39.
127. Elkins G, Marcus J, Bates J, Hasan Rajab M, Cook T. Intensive hypnotherapy for smoking cessation: a prospective study. *Int J Clin Exp Hypn*. juill 2006;54(3):303-15.
128. Dickson-Spillmann M, Haug S, Schaub MP. Group hypnosis vs. relaxation for smoking cessation in adults: a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2013;13:1227.
129. McCarney R, Warner J, Iliffe S, Haselen R van, Griffin M, Fisher P. The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:30.

130. Murray M, Swan AV, Kiryluk S, Clarke GC. The Hawthorne effect in the measurement of adolescent smoking. *J Epidemiol Community Health*. sept 1988;42(3):304-6.
131. Hasan FM, Zagarins SE, Pischke KM, Saiyed S, Bettencourt AM, Beal L, et al. Hypnotherapy Is More Effective Than Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation: Results of a Randomized Controlled Trial. *Complement Ther Med*. février 2014;22(1):1-8.
132. Carmody TP, Duncan C, Simon JA, Solkowitz S, Huggins J, Lee S, et al. Hypnosis for smoking cessation: a randomized trial. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. mai 2008;10(5):811-8.
133. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(10):CD001008.
134. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 18 avr 2005;(2):CD001292.
135. Suissa K, Larivière J, Eisenberg MJ, Eberg M, Gore GC, Grad R, et al. Efficacy and Safety of Smoking Cessation Interventions in Patients With Cardiovascular Disease: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. janv 2017;10(1).
136. Wray LA, Herzog AR, Willis RJ, Wallace RB. The impact of education and heart attack on smoking cessation among middle-aged adults. *J Health Soc Behav*. déc 1998;39(4):271-94.
137. DERMG. guide du diplôme d'études spécialisées de médecine générale. NICE SOPHIA- ANTIPOLIS; 2014.



# ANNEXES

## ANNEXE 1 : Effets de l'arrêt du tabac sur la survie respectivement jusqu'à 35, 40, 45, 50 et 60 ans (2).

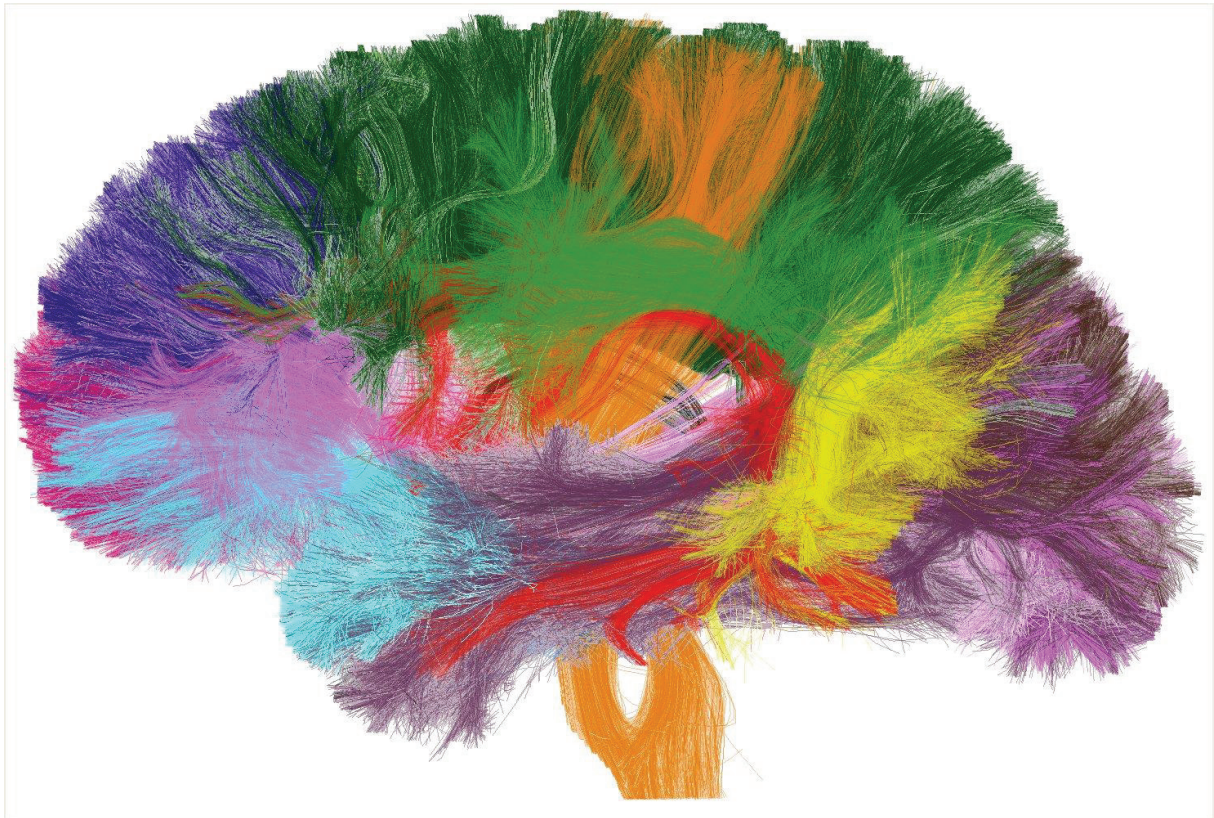


Selon Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 26 juin 2004.



## **ANNEXE 2 : Le Connectome**

Représentation de 38 faisceaux longs de la substance blanche cérébrale (chaque couleur code 1 faisceau). © CEA/Neurospin (34)



## ANNEXE 3 : Le code éthique de la CFHTB



### CODE ETHIQUE

Nos associations se proposent de donner une formation qualifiante à la pratique thérapeutique de l'hypnose.

En raison des dangers que ferait peser sur le crédit scientifique de l'hypnose et des hypnopraticiens un mauvais usage de cette formation, il est demandé aux candidats de souscrire au code éthique de l'association.

1. L'intérêt et le bien-être du patient doivent toujours constituer l'objet prioritaire.
2. L'hypnose est considérée comme un complément à d'autres formes de pratiques scientifiques ou cliniques. Il en résulte que la connaissance des techniques d'hypnose ne saurait constituer une base suffisante pour l'activité thérapeutique ou de recherche. L'hypnopraticien doit donc avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce son activité hypnotique.
3. L'hypnopraticien limitera son usage clinique et scientifique de l'hypnose aux aires de compétences que lui reconnaît le règlement de sa profession.
4. L'hypnose ne sera pas utilisée comme une forme de distraction. Tout particulièrement, toute participation à des spectacles publics, ludiques sera proscrite.
5. L'hypnopraticien ne facilitera ni ne soutiendra la pratique de l'hypnose par des personnes non qualifiées (Cf. ci-dessus point 2).

5.1 L'hypnopraticien ne donnera en aucun cas des enseignements impliquant l'apprentissage des techniques hypnotiques à des personnes ne disposant pas d'une qualification adéquate. Des exceptions seront faites à ce principe pour les étudiants en fin de qualification dans les champs professionnels où doit s'inscrire leur pratique de l'hypnose : Médecins, Dentistes, Psychologues, Infirmiers, Kinésithérapeutes. Dans tous ces cas, le passage à la pratique de l'hypnose reste conditionné à l'obtention de qualification complète dans le champ professionnel considéré. Pour les étudiants des professions paramédicales, la pratique de l'hypnose supposera la mise en place d'une structure de travail supervisé, selon le champ d'application, par un hypnopraticien médecin, psychiatre, psychologue, chirurgien-dentiste d'au moins cinq ans d'ancienneté de pratique en hypnose médicale.

5.2 La communication d'informations relatives à l'hypnose auprès des différents médias est recommandée dans la mesure où elle s'appuie sur des connaissances précises et permet de minimiser les distorsions et les représentations erronées relatives à l'hypnose. Réciproquement, il est demandé aux hypnopraticiens formés par l'association d'éviter toute action (communications, publications, etc...) tendant à compromettre l'aspect scientifique et la dimension éthique de la pratique hypnotique en donnant à celle-ci une représentation tendancieuse (amalgame avec magie et les para-sciences) et simpliste incitant par là même à une pratique non qualifiée. En cette matière, s'abstenir de tout triomphalisme militant et citer ses sources sont deux règles qui s'imposent. C'est pour ces raisons que les hypnopraticiens qui sont en cours de formation sont invités à s'abstenir de faire des communications publiques sur l'hypnose ou la thérapie éricksoniennes (conférences, articles, interviews, contacts avec la presse écrite ou audiovisuelle) tant que leur formation n'est pas terminée.

Le non-respect de ces engagements pourra conduire le Conseil d'administration de l'association à prononcer l'exclusion de l'association, de la formation et/ou la non attribution des attestations.

Date :

Signature des représentants de l'Institut :

## **ANNEXE 4: Définition du trouble lié à l'usage d'une substance selon le DSM-V**

Le DSM-V définit le trouble lié à l'usage d'une substance selon 11 critères; le seuil diagnostique étant la présence au cours des 12 derniers mois d'au moins 2 critères parmi les 11 suivants (114):

- Signes physiologiques de tolérance avec diminution de l'effet pour une même quantité consommée, et besoin d'augmenter les doses pour obtenir l'effet désiré.
- Syndrome de sevrage en cas de diminution ou d'arrêt.
- Craving : besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance (même si le sujet souhaite s'abstenir)
- Persistance de l'utilisation malgré un retentissement physique et/ou psychologique.
- Poursuite de la consommation malgré des problèmes relationnels ou sociaux persistants susceptibles d'avoir été causés ou exacerbés par la substance.
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance.
- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substance.
- Activités réduites au profit de la consommation de la substance.
- Usage même lorsqu'il y a un risque physique avec consommation répétée même dans des situations potentiellement dangereuses.
- Incapacité à remplir des obligations importantes.
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses

Le DSM-V définit la sévérité de la dépendance en fonction du nombre de critères :

- Dépendance légère de 2 à 3 critères,
- Dépendance moyenne de 4 à 5 critères,
- Dépendance sévère pour 6 critères et plus.

# ANNEXE 5: Attitudes à adopter en fonction du stade de Prochaska

## Attitudes et actions recommandées en fonction du stade de changement du patient

Le modèle transthéorique est une théorie de changement comportemental basée sur les étapes du sevrage. Il suppose que les fumeurs passent par une série d'étapes avant d'arrêter de fumer. Il s'agit de la pré-intention (n'envisage pas d'arrêter de fumer), l'intention (pense à arrêter de fumer), la prise de décision ou élaboration (planifie l'arrêt de fumer), l'action (arrête effectivement de fumer) et le maintien (ne fume plus). D'après cette théorie développée par Prochaska et DiClemente (Prochaska *et coll.*, 1992 ; Prochaska *et coll.*, 1997), les programmes qui aident les gens à arrêter de fumer devraient être adaptés à l'étape où les patients se trouvent, pour les faire progresser d'étape en étape vers la réussite.

Tableau 1. Attitudes recommandées selon le degré de motivation du patient (adapté de Girardot *et coll.* (Girardot juin 2012))

Stade de changement du patient	Attitude et action du soignant recommandées
<p>Le patient ne pense même pas à arrêter de fumer, le tabagisme n'étant pas perçu comme un problème.</p> <p>Exemples : « Pour moi, fumer n'est pas plus dangereux que la pollution qui nous entoure ! » ou « Pas maintenant » ou « Vous savez, j'arrête quand je veux ».</p> <p><b>Stade précédant l'intention</b> = <b>Stade de pré-intention</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie.</b></li> <li>• Comprendre, sans juger les représentations qu'a le patient de son tabagisme (est-ce pour lui un problème ou non ?) et les avantages qu'il en retire.</li> <li>• Identifier les circonstances et le contexte qui favorisent la consommation de tabac (quel type de fumeur est-il ?).</li> <li>• Proposer une évaluation de son niveau de dépendance.</li> <li>• S'informer avec tact sur la connaissance du patient des effets du tabac et des aides disponibles pour le sevrage (médicamenteuses et non médicamenteuses). Aider le patient à entrevoir les avantages qu'il pourrait obtenir en arrêtant de fumer.</li> <li>• Conseiller l'arrêt.</li> <li>• Proposer une approche de réduction de la consommation.</li> </ul>
<p>Le patient commence à percevoir le tabagisme comme un problème. Il est ouvert à la discussion sur l'arrêt du tabac, même s'il est ambivalent. Il montre son intention d'arrêter.</p> <p>Exemples : « Oui, c'est vrai que j'aimerais bien arrêter de fumer, mais ce n'est pas si simple » ou « Il serait temps pour moi d'arrêter de fumer, mais d'un autre côté, ça me détend tellement ! ».</p> <p><b>Ambivalence de la réflexion</b> = <b>Stade de l'intention</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie.</b></li> <li>• Aider le patient à identifier les avantages qu'il retire de son tabagisme (cf. dossier Inpes).</li> <li>• Aider le patient à identifier et exprimer ses inquiétudes et ses freins à l'idée d'arrêter le tabac.</li> <li>• Aider le patient à s'acheminer vers la décision du changement en l'amenant à exprimer les avantages qu'il pourrait tirer de l'arrêt du tabac.</li> <li>• Évaluer le sentiment d'efficacité personnelle du patient (cf. dossier Inpes).</li> <li>• Aider le patient à améliorer son sentiment de confiance en lui (cf. entretien motivationnel).</li> <li>• Explorer l'intérêt pour ce patient d'une réduction de la consommation dans un premier temps.</li> </ul>
<p>Le patient montre clairement sa volonté d'arrêter de fumer, mais il s'inquiète souvent en anticipant les difficultés à venir. Il prend sa décision et élabore la méthode pour y parvenir.</p> <p>Exemple : « Cette fois, c'est décidé, je vais arrêter de fumer ».</p> <p><b>Élaboration du sevrage</b> = <b>Stade de prise de décision</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie.</b></li> <li>• Construire avec le patient un plan de changement en définissant des objectifs concrets, les meilleures stratégies pour arrêter de fumer.</li> <li>• Explorer le soutien de l'entourage (social, familial, professionnel, etc.).</li> <li>• Proposer au patient de fixer précisément la date de son choix pour la mise en œuvre.</li> <li>• L'éducation thérapeutique permettra au patient d'acquérir les compétences qui l'aideront à mener à bien sa démarche.</li> </ul>
<p>Le patient a entrepris son sevrage. Il met en œuvre sa décision.</p> <p>Exemple : « Ça y est, je ne fume plus ! ».</p> <p><b>Stade de l'action</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie.</b></li> <li>• Si le patient le souhaite, l'accompagner et l'aider à mettre en œuvre les conditions optimales pour la réussite du projet (gestion de la dépendance comportementale et physique).</li> <li>• Encourager le patient en reconnaissant et en valorisant ses efforts réalisés.</li> <li>• Anticiper les difficultés telles que le faux pas et la rechute et élaborer avec le patient des solutions aux problèmes qu'il pense pouvoir rencontrer.</li> </ul>
<p>Le patient est heureux d'avoir réussi le sevrage. Il s'efforce de prévenir ou d'éviter une rechute et ainsi de consolider les progrès effectués pendant la phase d'action.</p> <p>Exemple : « Vous savez, je suis très heureux d'avoir réussi à arrêter, et j'espère tenir... ».</p> <p><b>Le patient a retrouvé sa liberté face à l'addiction</b> = <b>Stade de maintien</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie.</b></li> <li>• Conforter le patient en rappelant et en valorisant ses efforts réalisés.</li> <li>• Encourager le patient à renforcer son engagement et l'aider à ne pas rechuter.</li> <li>• Comprendre les nouvelles difficultés et élaborer avec le patient des solutions aux problèmes qu'il peut rencontrer.</li> </ul>
<p>Le patient se sent souvent coupable et découragé.</p> <p>Exemple : « J'ai recommencé à fumer, je m'en veux tellement ! ».</p> <p><b>Rechute</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie.</b></li> <li>• Dédramatiser la situation sans la banaliser pour autant.</li> <li>• Chercher à comprendre les raisons de la rechute.</li> <li>• Aider le patient à tirer les enseignements de la rechute en identifiant les situations et comportements à risques et les pensées permissives associées.</li> <li>• Aider le patient à réengager le processus, en sachant que plusieurs cycles sont parfois nécessaires avant de parvenir à un sevrage définitif.</li> </ul>



## **ANNEXE 6 : Script hypnotique réalisé pour l'étude**

« Et alors le tabac, quand est-ce que vous arrêtez ? » (Réponse libre)

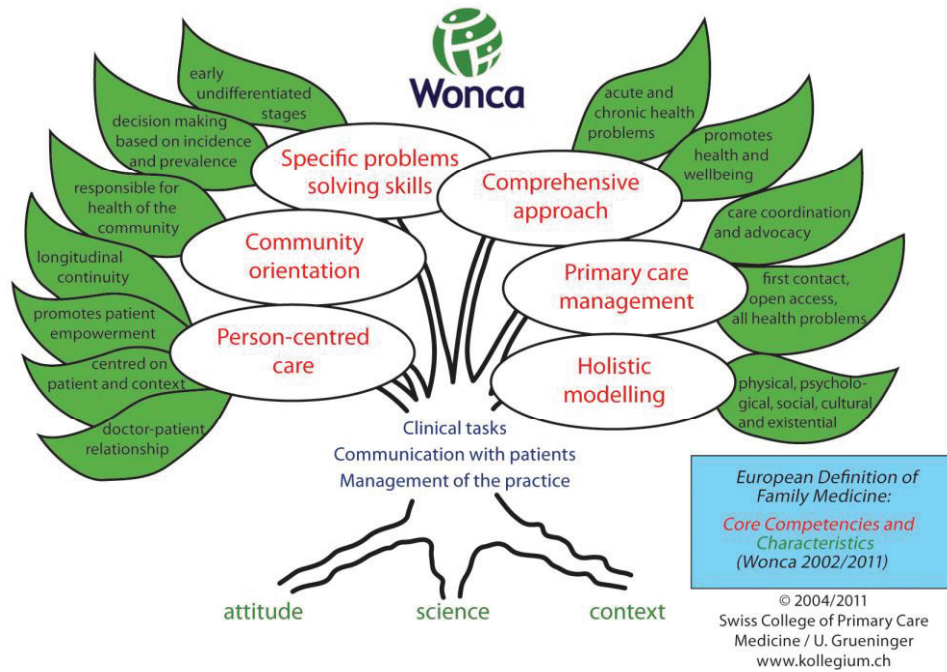
« Vous savez les études ont montré que plus on essaie d'arrêter plus on a de chance d'y arriver durablement. C'est un peu comme quand vous étiez enfant et que vous avez appris à marcher. Au début ça a pu vous paraître difficile, vous faisiez des tentatives pour vous redresser et vous mettre sur vos jambes. Peut-être même que vous faisiez des chutes. Et peut-être qu'à ce moment-là, vous vous disiez que vous ne seriez jamais capable de marcher tout seul. Et puis au fur et à mesure vous avez acquis le sens de l'équilibre, le tonus musculaire et la coordination nécessaires pour avancer, explorer, et vous avez continué à prendre confiance en vous. Votre esprit inconscient a su faire la synthèse de ce qu'il faut faire et maintenant la marche est quelque chose d'automatique que vous faites sans réfléchir, ce qui vous laisse libre de vos mouvements. »

## **ANNEXE 7 : Les 6 compétences du médecin généraliste sous forme de marguerite** (137)

Les six grandes compétences, une représentation : la marguerite



## ANNEXE 8 : L'arbre des compétences du médecin généraliste



THE WONCA TREE – AS PRODUCED BY THE SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE  
(Revised 2011)

## ANNEXE 9 : grades de recommandations HAS

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).





## Serment d'Hippocrate

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets 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. Admise 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.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, ou de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.*



# **Utilisation de l'hypnose conversationnelle pour l'aide au sevrage tabagique en médecine générale. Etude prospective sur 58 patients.**

## **Introduction**

La lutte contre le tabagisme est un enjeu de santé publique relevant de la médecine générale. L'hypnothérapie est de plus en plus populaire, mais il existe encore peu de preuves validées concernant son efficacité dans l'aide au sevrage tabagique. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'intérêt de l'hypnose conversationnelle pour favoriser l'aide au sevrage tabagique en médecine générale.

## **Méthode**

Il s'agissait d'une étude prospective, contrôlée, monocentrique, réalisée en simple aveugle, pour montrer la non infériorité d'une intervention d'hypnose conversationnelle, dans l'aide au sevrage tabagique, par rapport à un conseil bref d'arrêt. 58 patients majeurs, consultant consécutivement pour un motif autre que l'arrêt du tabac ont été inclus, dans deux groupes de 29 patients, à l'exclusion des patients ayant une pathologie psychiatrique décompensée ou un cancer en situation palliative. Un groupe recevait une intervention brève d'hypnose conversationnelle selon un script préétabli, l'autre recevait un conseil bref d'arrêt. La motivation au changement, et la dépendance, ont été évaluées à J0 et 6 mois, respectivement selon le modèle de Prochaska et le score de Fagerström.

## **Résultats**

A l'inclusion, les groupes étaient comparables sur le Prochaska ( $p=0,13$ ), sur la dépendance ( $p=0,37$ ), et sur le tabagisme en paquets-années ( $p=0,37$ ). L'analyse a été réalisée en intention de traiter. A 6 mois les interventions ont montré un effet sur la motivation au changement comportemental dans le groupe hypnose ( $p=0,023$ ) et dans le groupe conseil bref ( $p=0,013$ ) sans différence significative entre les deux ( $p=0,27$ ). Il n'a pas été retrouvé d'effet significatif de ces deux types d'interventions sur la dépendance. Aucun effet indésirable n'a été identifié.

## **Conclusion**

Une intervention unique d'hypnose conversationnelle permet de favoriser le changement comportemental préalable à tout sevrage tabagique sans être supérieure au conseil bref.

**Mots clés** sevrage tabagique, hypnose conversationnelle, conseil bref, addiction, médecine générale