



HAL
open science

Effet de l'hypnose dans le but d'un sevrage tabagique à trois mois d'une séance en cabinet de médecine générale

Tiffany Pinto

► To cite this version:

Tiffany Pinto. Effet de l'hypnose dans le but d'un sevrage tabagique à trois mois d'une séance en cabinet de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02172025

HAL Id: dumas-02172025

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02172025>

Submitted on 3 Jul 2019

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

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



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

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018

N° 208

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Effet de l'hypnose dans le but d'un sevrage tabagique à trois mois
d'une séance en cabinet de médecine générale

Présentée et soutenue publiquement
le 8 octobre 2018

Par

Tiffany PINTO

Née le 28 août 1988 à Clichy (92)

Dirigée par M. Le Docteur Nicolas Dubreuil, MG

Jury :

M. Le Professeur Nicolas Roche, PU-PH.....Président

M. Le Professeur Benoit Vivien, PU-PH

Mme Le Docteur Florence Dumas, MCU-PH

À Annick, Michel et Régina. Je vous dédie cette thèse.

REMERCIEMENTS :

Au Professeur Nicolas Roche. Vous me faites l'honneur d'assurer la présidence de ce jury de thèse. Veuillez recevoir mes sincères remerciements et le témoignage de ma respectueuse considération.

Au Professeur Benoit Vivien. Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

Au Docteur Florence Dumas. Tu me fais l'honneur de juger ce travail. Je te remercie sincèrement d'avoir accepté d'être présente aujourd'hui.

Au Docteur Dubreuil. Nicolas, ma gratitude à ton égard est grande. J'ai découvert l'hypnose grâce à toi et ta vision de la Médecine Générale m'a plus que confortée dans mon choix de cette profession. J'espère un jour être un aussi bon médecin que toi. Merci infiniment d'avoir fait le pari de diriger cette thèse et de m'avoir soutenue dans ce projet. Merci pour ton optimisme à toute épreuve.

À mes parents : il est de bon ton de rompre avec mapudeur habituelle et de vous déclarer ma flamme.

À ma maman pour ta douceur et ton regard toujours fier et bienveillant sur tes filles mais aussi pour tes réconforts bretons sucrés. Ces longues années de médecine et d'éloignement n'ont fait que renforcer la relation si particulière que nous avons. C'est sûrement grâce à toi que je me suis tournée vers la médecine.

À mon papa, *obligada* pour nos balades dominicales dans la verdure basque et d'avoir su me secouer de temps en temps quand cela était nécessaire. Merci pour ton amour de la nature et tous ces bons instants en famille. Tu es pour moi un des êtres les plus généreux, merci pour ton grand cœur et pour avoir toujours été présent.

Je vous dois tellement. Je vous aime fort.

À Marjory, mon petit boute-en-train et ma guitariste préférée, grâce à toi j'ai gardé un œil sur l'actualité musicale et j'espère que la liste de nos futurs concerts partagés est encore longue. Le monde t'appartient et il a besoin de toi. J'ai souvent écouté ta douce voix pour m'apaiser.

À Eva, ma petite licorne, merci pour ton insouciance. Ta folie a été une bouffée d'oxygène et ta joie de vivre est tellement communicative. Hé Eva « je te kiffe ». Je suis persuadée que ton avenir sera beau. Merci pour ton œil de lynx de relectrice.

Merci à vous deux pour nos fous rires entre sistaaa'. Je vous aime tellement.

À mamie Diamantina pour ton aide souvent chocolatée, ton merveilleux accent me permet de comprendre de nombreux patients...Merci à tout le reste de ma famille lusitanienne.

À Mon parrain préféré, merci pour ton inébranlable joie de vivre souvent accompagnée de Paty et Arnaud.

À Katia et Phillipe pour les joyeux repas en votre compagnie.

À Zoé, mon coup de foudre amical de cet internat parisien et mon couple de travail. Aujourd'hui, nous partageons bien plus que notre amour pour la médecine et nos chemins sont loin de se séparer. Tu sais à quel point je t'aime mon ptit chevreuil. Comme le disait si bien France Gall « *Juste deux ou trois mots d'amour Pour te parler de nous Deux ou trois mots de tous les jours C'est tout* ».

Un merci à ta maman Hélène pour son accueil marseillais et les bons moments parisiens passés en sa présence. Un grand merci Astrid pour ta bonne humeur et ton humour, heureuse que l'Alexterre t'apporte tant.

À Arnaud, le beau gosse de deuxième semestre, avec ta magnifique notion de l'amitié et du partage. Merci de me prêter ta moitié de temps en temps.

La vie parisienne serait bien fade sans Gilou et Zoé. (Un grand merci pour votre relecture)

À Ana, ma psychiatre préférée, l'externat bordelais n'aurait pas eu la même saveur sans toi. Ton grain de folie et ton sourire sont dans mon cœur.

À Florian, merci de nous avoir supportées pendant les soirées de révisions. Merci pour ton humour toujours acéré et tâche de garder tous tes doigts...

À Augustine, merveilleux petit rayon de soleil et à Albert, monsieur chat...

À Assya, ma petite cerise. Tu fais partie des personnes les plus importantes dans ma vie et grâce à ton humour tu détiens le record de fous rires jusqu'aux larmes.

Cerise + Fraise = Amour.

À Sofiane et Marjâne, vous la rendez si heureuse que je l'aime encore plus.

À Agathe, ton honnêteté et ta franchise me sont chères. Tu restes une de mes plus belles rencontres bordelaises.

À Flore, même si ton internat toulousain nous a éloignées, tes coups de fil sur la route ou en footing son toujours un plaisir.

À Irène mon homard martiniquais.

À Pierre L, Benoit, PM, Plou et Antoine. Bande d'inséparables fous.

À Carole, début timide de notre amitié pendant l'externat mais belle concrétisation pendant notre internat. Tu es une pépite et Raph a bien de la chance de t'avoir épousée. (Vive les moufles et les lettres gonflables).

À Aude, petite douceur dont la bonne humeur est contagieuse (merci pour ton immense aide logistique pour ma thèse) et à son Arnaud avec qui c'est toujours agréable de discuter. Bon vent à vous dans le grand Est.

À Manon, c'est un plaisir d'avoir découvert ta folie pendant cet internat.

Merci à vous trois les filles pour ces nombreux points vie, véritables soupapes de décompression.

À Cam Cam, quelle jolie rencontre il y a 5 ans maintenant. Continue à voyager et à nous faire rêver. Merci d'avoir pris le temps de relire ma thèse.

À Caroline, discrète mais fidèle. Une amitié qui s'est installée doucement mais sûrement. La vie te réserve plein de belles choses et Geoffrey me semble à la hauteur de ce bonheur à venir.

À Claire B, le trio limougeaud ne serait pas au complet sans la plus pétillante des rouquines.

À Fred, homme de partage. « Vive le vin et les copains ». Hâte de poursuivre la découverte de la Bourgogne et autres vignobles français avec Aude, Aurore et Baptiste.

À Claire M, le partage d'un casier pendant six mois et de quelques week-ends studieux ont renforcé l'affection que j'ai pour toi. Hâte d'esquisser quelques pas de danse avec toi au travail.

À tous les co internes formidables que j'ai croisé :

Julien, l'homme aux milles accents, Camille, la femme aux milles chaussures, Sophie l'amoureuse des volcans et Cécile « ti » nous as saupoudrés de soleil marseillais.

À Adrien la force tranquille.

À Benjamin, dont l'âme d'enfant a illuminé mes six mois en pédiatrie, ne change rien.

À François, Audrey et Fabien, belle aventure.

À Fatou et Simon, un vrai plaisir de parler avec vous d'autres sujets que de la médecine.

À Carmen et Vito, qui ont toujours répondu présents pour les moments de réconfort. Muchas Gracias pour votre hospitalité. À Daniel, tu seras un merveilleux médecin généraliste et à Alex, ton dynamisme te mèneras loin.

À mes amis du pays basque :

À Damien, merci pour ton regard doux sur la vie, le souvenir de ces balades à refaire le monde face à l'océan m'est plus que précieux. Je suis ravie que tu sois heureux avec Vanessa et Nino.

À Laura, qui aura au gré de sa vie étudiante et professionnelle visité une bonne partie de notre douce France, pour finalement retrouver notre cher pays basque. Malgré nos rencontres trop rares tu restes une de mes plus précieuses amies comme je devais déjà te le déclarer dans mes missives collégiennes.

À Marie, ta douceur cache une telle richesse d'âme. Heureuse que nos routes se retrouvent enfin à Paris. La ville et sa culture nous appartiennent.

À Amandine, le début de cette histoire de médecine a commencé avec toi. Ravie de te voir épanouie à Mouguerre avec Julien et tes têtes d'anges Elise et Pierre.

À Mathias, la bonne étoile, peu aisé de t'écrire ces mots, à toi qui les manies avec tant de grâce...Je te dois plus que notre amitié et je sais qu'ils nous restent encore beaucoup de belles choses à partager et j'en suis ravie.

À Marianne et Jean-Louis, merci pour votre accueil et pour tous ces doux moments bordelais, basques et corses. Je ne pouvais rêver mieux.

À la pétillante Marine, je vous souhaite de vous épanouir dans le monde du vin avec Benjamin et que les voyages continuent de vous combler. Au discret Pierre, avare en parole mais au regard juste et bienveillant. À Michel, le même prénom que mon grand père, peut être une explication à l'affection que je vous porte.

À Gilbert, le navigateur, pour ce tour en bateau si magnifique mais surtout pour m'avoir laissé une place dans votre famille. À Séverine, la reine des fourneaux et à votre (pas si) petit Jules. À Pouce et Eric pour votre bienveillance et votre humour débordant.

À André et Tina, amoureux de la vie, des bonnes choses et qui s'attachent à les partager.

À Hélène, sacrée bisontine, ton attachement au bien-être des gens qui t'entourent est un plaisir. L'amour que je te porte grandit de jour en jour et j'espère qu'il te reste de la place pour mes futures cartes postales.

À Bertrand, toujours partant pour un moment de joie entres amis. À Alix, si petite mais si cœur cœur love cette chouquette.

À Florine, « tout pour la musique ». Ta poésie et tes yeux bleus sont toujours un plaisir à retrouver, je t'adore. À Alex, très heureuse rencontre et encore pleins d'instant à partager.

À Thibault, maître, je t'apprécie un peu plus de jour en jour. Merci pour ta simplicité et ta générosité.

À Coline, une belle amitié qui commence bien je crois.

À Pierre, ou l'homme parfait, merci de me faire pleurer de rire régulièrement et de m'avoir appris comment se déplacer sur les épaules.

À Célia, très heureuse d'apprendre à te connaître, chapeau pour réussir à faire manger des fleurs à Peyo.

À Guillaume, le jedi, amoureux des gens et de la vie en général.

À Vincent, avec sa maîtrise du verbe aiguisée, le roi des quizz ferret-capiens et digne représentant de la chanson francophone.

À Quentin, l'homme qui change le monde.

Aux nombreux médecins qui m'ont permis de devenir celui que je suis aujourd'hui :

Aux Dr Foulon, Dr Caron, Dr Kahn, Dr Blot, Dr Gaffinel, Dr Stoclin, Dr Meksen, Dr Bekkar, Dr David.

À Thiziri, Barbara, Roger, Christophe, Guillaume, Olivier, Manu, François.

À La team Poissy : Gontier super tuteur, Valin, et Brubru.

À mes idoles Sonia, Hélène et Morgane.

À David A, Katy, Vanessa, Sarah-Laure, Sarrah M, Nicolas, Marylin, Matthieu, Maxime, Seb, Pierre, Agathe et Isa.

Au Dr Cédric Roques, la Médecine Générale serait bien triste sans toi. Les six mois passés à te suivre n'ont été que du bonheur. Un grand merci pour ton partage de la médecine et de la vie. Avec Nicolas vous m'avez montrée que le médecin est le meilleur des remèdes pour son patient.

À tous les paramédicaux qui m'ont tant appris sur les patients.

À Thomas. Merci d'avoir eu la patience de supporter ces années de médecine et pour ton immense aide logistique pour cette thèse. Merci de me rassurer au quotidien et de croire en moi. Tu es le seul à me comprendre d'un seul regard et à toujours savoir ce qui me fera plaisir mieux que moi-même. Tes talents de cuisinier ont illuminé ces longues années et ont été précieux ces dernières semaines d'écriture. Tu mérites que je sois à la hauteur de notre vie.

Hâte de continuer à découvrir le monde et toutes ses richesses avec toi.

« La cigarette est une réelle souffrance maquillée en plaisir ». Dr Benhaiem

« Car je suis une cigarette
J'me consume des pieds jusqu'à la tête
Et je prie pour que ça s'arrête
à la dernière allumette, je craque. » -M- Le baptême 1997.

TABLE DES MATIERES :

I.	Introduction :	10
I.1	Histoire et définition de l'hypnose.....	10
I.1.1	Rappel historique :	10
a)	Les prémices de l'hypnose.....	10
b)	Le XVIII ème avec Mesmer et Puysegur :	11
c)	Le XIXème siècle	12
	• Le magnétisme animal et Braid :	12
	• L'école de Paris :	12
	• L'école de Nancy :	13
d)	Le XXème ou le nouvel essor de l'hypnose.....	14
	• L'Europe :	14
	• Aux Etats-Unis :	15
I.1.2	Définition de l'hypnose.....	17
I.1.3	Termes techniques hypnotiques	18
I.1.4	Les champs d'utilisation en Médecine Générale.....	20
I.2	Tabagisme.....	22
I.2.1	Substance et dépendance	22
a)	Le tabac.....	22
b)	La nicotine	23
c)	Conséquences du tabac :	24
d)	Lutte contre le tabagisme : moyens mis en place.....	26
I.2.2	Méthodes de sevrage tabagique :	27
I.2.3	Rôle du médecin généraliste dans le sevrage tabagique :	29
I.3	Hypnose et tabagisme	31
I.3.1	Données de la littérature jusqu'à 2010.....	31
I.3.2	Données de la littérature depuis 2010.....	32
I.3.3	Autres études pertinentes... ..	32
I.3.4	Exemple de protocole hypnotique de sevrage tabagique.....	33
II.	Matériel et méthodes	35
II.1	Type d'étude	35
II.2	Population et recrutement	35
II.3	Recueil de données et lecture du questionnaire	36
II.4	CNIL	36
II.5	Protocole hypnotique	36
II.6	Analyses des données	37
III.	Résultats.....	38
III.1	Critères socio-démographiques et modalités du tabagisme :	38

III.2	Critère de jugement principal :	42
III.3	Comparaison groupe sevrés versus non sevrés :	44
III.4	Comparaison des critères secondaires chez les patients non sevrés :	45
IV.	Discussion :	47
IV.1	Forces et faiblesses de l'étude.....	47
IV.2	Analyse des résultats	48
IV.3	Comparaisons aux études et aux autres techniques de sevrage	49
IV.4	Perspectives d'avenir	50
	Conclusion :	51
	Bibliographie :	52
	Liste des illustrations :	56
	Annexes :	57
	Résumé	66

ABREVIATIONS :

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive.

CCLAT : Convention Cadre pour la Lutte Anti Tabac.

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).

HAS : Haute Autorité de Santé.

IC₉₅ : Intervalle de Confiance à 95 %.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

INVS : Institut de Veille Sanitaire.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

TNS : Traitements Nicotiniques de Substitution.

I. INTRODUCTION :

Le sevrage tabagique est une prise en charge pour laquelle tout médecin doit se sentir concerné. En effet les méfaits du tabac sur l'organisme sont une évidence et une multitude d'études sur ce sujet ont inondé nos revues scientifiques. Si une solution simple pour se libérer de la cigarette était à notre portée, l'addiction au tabac ne serait plus une inquiétude ni pour les patients ni pour leurs médecins.

Les méthodes « classiques » de sevrage tabagique ont fait l'objet de nombreux travaux scientifiques. D'ailleurs les médecins généralistes savent très bien s'en servir. Cependant, une médecine complémentaire intéresse de plus en plus les médecins et leurs patients, il s'agit de l'hypnose. Cette dernière, longtemps dénigrée connaît un nouvel essor depuis le siècle dernier, notamment grâce à Milton Erickson.

Nous avons donc décidé de nous intéresser à cette nouvelle approche moins habituelle de sevrage qui s'offre au médecin généraliste.

Après un rappel historique de l'hypnose et ses principes généraux, nous aborderons le problème du tabagisme en France et ses conséquences désastreuses d'un point de vue de santé publique.

Enfin nous présenterons les résultats de notre étude concernant des patients ayant bénéficié d'une séance d'hypnose dans le but d'un sevrage auprès d'un médecin généraliste.

I.1 Histoire et définition de l'hypnose.

I.1.1 Rappel historique :

a) Les prémices de l'hypnose

L'hypnose remonte à une époque plus qu'ancienne. Elle a connu une popularité intermittente à travers les différents siècles au gré des tendances successives.

C'est grâce à Georg Moritz Ebers (1837-1898) que l'on peut penser que les égyptiens font déjà usage d'une certaine forme d'hypnose.

En effet, cet égyptologue allemand nous donne accès à l'un des plus anciens traités médicaux. Le papyrus d'Ebers serait daté d'entre le XIV^{ème} et le XVI^{ème} siècle avant notre ère. Y sont décrites des incantations qui ont pour but de « détourner les démons qui causent les maladies ». Les Egyptiens ne font pas de distinction entre les maladies mentales et physiques.

Une des premières formules de suggestion est probablement « pose ta main sur la douleur et dis que la douleur s'en aille. »

Pendant longtemps l'ignorance de la physiopathologie des maladies laisse à penser que leur origine est mystique.

Paracelse (1493-1541), médecin, philosophe et même théologien laïque suisse s'éloigne des théories des humeurs de Galien en mettant en avant une théorie alchimique et en prônant une correspondance entre macrocosme et microcosme.

Il soutient que le corps peut affecter l'esprit et qu'inversement une pathologie mentale peut affecter le corps. « L'homme a en lui une force magnétique sans laquelle il ne peut exister ».

Ainsi, ses différents travaux permettent de commencer à donner une explication aux phénomènes occultes et deviennent un espoir pour les patientes atteintes de maladies mentales jusqu'alors considérées comme des « sorcières ».

b) Le XVIII^{ème} avec Mesmer et Puysegur :

Franz Anton Mesmer (1734-1815) naît en Allemagne au XVIII^{ème} siècle, il y fait des études de théologie, puis de droit avant de se tourner enfin vers la médecine.

En 1766, imprégné de la théorie du magnétisme abordée par plusieurs médecins, notamment Paracelse, Mesmer publie sa thèse « De l'influence des planètes sur le corps humain ».

Quelques années plus tard en 1773, il s'essaie à l'utilisation de plaques aimantées (inventées par le père jésuite Maximilian Hell) en se basant sur l'idée de l'existence d'un fluide universel. Il abandonne assez rapidement cette méthode en pensant que le magnétisme provient du thérapeute et non de l'aimant.

A son arrivée à Paris en 1778, il se met à exercer dans plusieurs hôtels avant de publier en 1779 son mémoire sur la découverte du magnétisme animal.

« Le magnétisme animal est la capacité de tout homme à guérir son prochain grâce à un fluide naturel ».

Fort de son succès, il est amené à réaliser des traitements collectifs. Il réunit ses patients autour d'une cuve remplie d'eau et d'objets métalliques qu'il magnétise et entraîne une grande « crise magnétique ».

Cette méthode dite du « baquet » n'est pas très appréciée par ses confrères médecins.

En 1780 il est donc contraint de quitter Paris accusé de charlatanisme.

Quatre ans plus tard, Louis XVI ordonne la réunion de deux commissions pour étudier le magnétisme animal. Une à l'Académie des sciences et l'autre à la Société Royale de Médecine.

Pour l'astronome Bailly « l'imagination sans magnétisme produit des convulsions...le magnétisme sans imagination ne produit rien ».

Antoine Laurent de Jussieu pense quant à lui que « l'influence physique de l'homme sur l'homme doit être admise ». Cependant, ils ont uniquement observé la pratique de Delson, disciple de Mesmer mais avant tout frère du roi. On peut donc remettre en doute leur impartialité.

Peu à peu le concept de magnétisme animal s'éloigne laissant place à celui d'imagination.

C'est à la fin du XVIII^{ème} siècle que l'on se rapproche du concept d'hypnose grâce à un disciple de Mesmer.

Armand Marie Jacques de Chastenet de Puysegur (1751-1825) est un officier général d'artillerie français.

A partir de 1782, comme ses deux frères il est élève de Mesmer au sein de la Société de l'harmonie.

Pour lui, les patients sont leur propre médecin et lui-même n'est qu'un simple vecteur pour leur guérison. Le contact verbal entre magnétiseur et magnétisé est indispensable.

Il met en lumière un nouvel état de conscience : « le sommeil magnétique ». En effet, il décrit en 1784 un état profondément endormi mais pleinement conscient qu'il reproduira par la suite : le « somnambulisme ». Donc pour ce dernier, les crises convulsives ne sont pas nécessaires.

Enfin, en 1785, il crée la Société harmonique des amis réunis au sein de laquelle il ne forme pas moins de 200 magnétiseurs.

Un de ses élèves rejette justement le concept de magnétisme animal : il s'agit de **Joseph Philippe François Deleuze** (1753-1835), naturaliste assistant puis bibliothécaire au Museum d'Histoire naturelle, qui écrit « L'homme a la faculté d'exercer sur ses semblables une influence salutaire, en dirigeant sur eux, par sa volonté, le principe qui nous anime et nous fait vivre » et « la faculté de magnétiser existe chez tous les hommes, mais tous ne la possèdent pas au même degré ».

On trouve également un de ses contemporains, **l'Abbé José Custodio de Faria** (1756-1819), qui après avoir étudié en premier lieu la théologie, s'initie au magnétisme animal avec Puységur.

Il va plus loin que son maître en critiquant la théorie du fluide de Mesmer notamment lors d'un cours qu'il donne à Paris en 1813 au sujet du « sommeil lucide ».

De nombreux patients portent un vif intérêt à son utilisation de l'hypnose en employant la suggestion. Malheureusement lui aussi est considéré comme un fou ou un sorcier par ses détracteurs.

Un des catalyseurs du mouvement créé par l'abbé Faria est **Alexandre Bertrand** (1795-1831) qui explique le phénomène du magnétisme par les effets de l'imagination. « La croyance seule du magnétisé à un pouvoir du magnétiseur donne lieu à une production des phénomènes physiologiques et psychologiques les plus étonnants »(1).

c) Le XIXème siècle

- Le magnétisme animal et Braid :

Le XIXème débute avec **James Braid** (1795-1860). C'est en 1841 que ce médecin écossais commence à se pencher sur le magnétisme animal.

On lui attribue souvent l'invention du terme Hypnose.

Il définit l'hypnose comme un « état de sommeil nerveux ». Pour induire ses patients il leur demande de fixer un objet brillant. Il utilise sa méthode afin d'anesthésier ses patients lors d'interventions chirurgicales.

Il démystifie enfin l'hypnose et rejette également la théorie des fluides de Mesmer.

Alfred Velpeau, anatomiste et chirurgien français choisit 1860 pour présenter ses travaux à l'Académie des sciences en France.

La France qui est justement en retard dans le domaine se rattrape avec l'opposition de deux écoles, celle de Paris et celle de Nancy.

- L'école de Paris :

En ce qui concerne Paris, c'est **Jean-Martin Charcot** (1825-1893), neurologue français qui travaille sur l'hypnose.

Il est le fondateur de la neurologie moderne et découvre la Sclérose Latérale Amyotrophique. Il se penche sur l'hystérie lorsqu'il travaille à la Charité avant de prendre un poste à la Pitié Salpêtrière en 1856.

Son travail sur les maladies mentales commence et sa curiosité principale se porte sur l'hystérie. Il parvient à provoquer des « névroses expérimentales ».

En effet il reproduit chez des patientes hystériques des crises dans lesquelles il distingue trois états hypnotiques (la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme).

Il met en avant une étiologie psychique à l'hystérie mais pour ce dernier elle est associée à une cause traumatique.

Sa collaboration avec Pierre Janet et Freud le conforte dans son idée que l'hystérie découle d'une origine psychogénétique.

Lors de ses célèbres leçons du mardi, il expose publiquement ses patients et leur pathologie. Il use pour cela de la chronophotographie afin d'avancer la preuve des différents états successifs de ses patients lors des séances.

Il redore ainsi le blason de l'hypnose tant malmenée.

En parvenant à faire cesser certains symptômes sous hypnose il veut montrer que les problèmes sont psychologiques et non physiques.

Dans le même temps plus à l'est, à Nancy plus précisément, l'hypnose intéresse d'autres médecins. Cependant, leur perception de l'hypnose diverge de celle de Charcot, elle serait un état physiologique chez tout patient et non un état propre à l'hystérie.

- L'école de Nancy :

Le chirurgien **Ambroise-Auguste Liébault** (1823-1904) commence à porter un intérêt au magnétisme animal en 1848. Il s'en éloigne pendant 10 ans en s'installant comme médecin de campagne.

C'est en 1864 qu'il y revient notamment grâce à la lecture des travaux d'Eugène Azam et d'Alfred Velpeau qui ont introduit les théories de James Braid en France.

Il soigne gratuitement les patients qui veulent bien se laisser hypnotiser.

La suggestion est la clé de l'hypnose selon lui tout comme l'importance de la relation de confiance entre le médecin et son patient.

Il publie en 1889 *Le sommeil provoqué et les états analogues* dans lequel il décrit les différents états se succédant pendant une séance d'hypnose.

En 1882, ses travaux sont reconnus par Bernheim avec lequel il fonde l'école de Nancy. On s'approche peu à peu de l'âge d'or de l'hypnose en France.

Hippolyte Bernheim (1840-1919) commence ses études de médecine à Strasbourg qu'il quittera pour Nancy lors de l'annexion de cette première par l'Allemagne.

Il devient membre de la Société des sciences de Nancy en 1873 avant de s'intéresser aux séances d'hypnose de Liébault au début des années 1880. Il observe les suggestions autoritaires de celui-ci.

Il crée avec ce dernier et avec Henri Beaunis, l'école de Nancy, aussi appelée l'école de la suggestion qui s'oppose à l'école de Charcot.

Il publie en 1884, *De la suggestion et de ses applications thérapeutiques*, ouvrage dans lequel il écrit « les prétendus phénomènes physiques ne sont, suivant moi, que des phénomènes psychiques ».

L'hypnose n'est donc pas l'apanage des hystériques et acquiert une certaine légitimité scientifique.

Il introduit ensuite la notion « des suggestions à l'état de veille » à la base de la psychothérapie.

On lui doit également la naissance du concept de l'effet placebo qui sera repris et développé par un autre médecin.

En effet, c'est **Emile Coué de la Châtaigneraie** (1857-1926) qui crée une méthode de guérison basée sur l'autosuggestion.

Ce psychologue et pharmacien français est un des fondateurs de la psychologie comportementale et de la pensée positive.

Il remarque que l'efficacité des traitements qu'il vend à ses patients est plus importante lorsqu'il y associe des phrases encourageantes. C'est la naissance de l'effet placebo.

Mille-huit-cent-quatre-vingt-six est probablement l'année durant laquelle naît sa passion pour l'hypnose car c'est le moment où il rencontre Liébault.

En fait, il est convaincu de l'intérêt de la suggestion et de la puissance de l'imagination dans le processus de guérison.

« Tous les jours, à tout point de vue, je vais de mieux en mieux » (A répéter vingt fois matin et soir).

d) Le XXème ou le nouvel essor de l'hypnose

- L'Europe :

Sigmund Freud (1856-1939) est un neurologue autrichien et avant tout le père fondateur de la psychanalyse.

Tout débute en 1886, lorsqu'il traduit un volume des leçons de Charcot tout en suivant ses cours à la Pitié Salpêtrière. Il découvre donc avec ce dernier l'hystérie qui assez rapidement lui semble avoir un lien avec des expériences antérieures enfouies.

Cette même année il fait une allocution à Vienne concernant l'hystérie masculine.

Il met Charcot sur un piédestal ce qui lui vaut l'agacement de la Société des médecins de Vienne.

L'année 1889 marque un tournant dans son approche de l'hypnose lorsqu'il fréquente l'école de Nancy de Bernheim. Effectivement, il se rend compte que les patients souffrant d'hystérie conservent leur lucidité vis à vis de leurs symptômes, une notion dont peut se servir le thérapeute. Il en reparlera dans sa théorie de l'inconscient.

En parallèle, il travaille aussi avec Beuer, avec lequel il publie une étude sur l'hystérie. C'est avec ce dernier qu'il expérimente la méthode dite cathartique, afin de retrouver une origine traumatique aux symptômes (qui pourraient naître de la rétention d'une affection, souvent liée à la sexualité). Il observe un véritable conflit « psychique inconscient ».

Il écrit en 1890 « l'hypnose confère au médecin une autorité que n'a sans doute jamais possédée le prêtre ou le thaumaturge, en concentrant l'ensemble de l'intérêt psychique de l'hypnotisé sur la personne médecin ».

Sa femme est une de ses patientes, une « hystérique d'occasion » selon lui. Cette dernière ne parvient pas à allaiter son premier enfant. Grâce aux suggestions de son mari « n'ayez crainte, vous serez une excellente nourrice pour cet enfant, auprès de laquelle l'enfant s'épanouira à merveille... », elle se passe de nourrice pour les suivants.

Plus tard il affirme « si j'ai abandonné la technique par suggestion, et avec elle l'hypnose, c'est que je désespérais de rendre la suggestion aussi forte et aussi solide que cela serait nécessaire pour une guérison durable. Dans tous les cas graves, je vis la suggestion appliquée dessus disparaître en s'effritant, et voilà que l'état de maladie ou un succès de celui-ci était de nouveau là ».

Malgré cette réussite, il délaisse peu à peu l'hypnose au profit de la psychanalyse. En effet, Freud ne se satisfait pas des effets bénéfiques de ce traitement, il cherche l'origine des maux de ses patients.

Pierre Janet (1859-1947) est philosophe, psychologue puis devient médecin en 1893. Il invente le terme subconscient. Son modèle de l'inconscient donne un rôle prépondérant au traumatisme psychique dans l'origine de la dissociation des souvenirs.

Il se voit confier en 1889 par Charcot la direction du laboratoire de psychologie de la Salpêtrière.

Avide de nouvelles expériences dans le domaine psychiatrique, il utilise l'hypnose afin de réaliser une investigation psychologique de ses patients. Il travaille aussi sur le syndrome post-traumatique.

Il soutient sa thèse de médecine en 1894, qui s'intitule « L'état mental des hystériques ». Pour lui, l'hypnose est le résultat d'une double conscience ou d'une conscience secondaire dissociée. Il remarque que le patient atteignant un état profond d'hypnose ne se souvient pas du contenu de la séance. Il parle « d'anesthésie hypnotique » pour caractériser le fait de ne pas percevoir quelque chose qui se présente à l'un de nos sens (2).

Son concept de dissociation reste un des socles de l'hypnose actuelle.

- Aux Etats-Unis :

Outre Atlantique, l'hypnose va renaître de ses cendres grâce à un homme : **Milton Hyland Erickson** (1901-1980).

Psychiatre et psychologue il joue un rôle majeur dans l'hypnose clinique.

Il est à l'origine d'une multitude de travaux dans ce domaine. Le psychiatre Dominique Megglé s'est d'ailleurs intéressé à son histoire (3).

« Le patient possède en lui les ressources pour répondre de façon appropriée aux situations qu'il rencontre ».

A 17 ans, il est frappé par la poliomyélite qui le paralyse et le contraint à l'immobilité. Il en profite pour observer le comportement non verbal de ses sœurs qui diverge de leur langage verbal. Il vit alors sa première expérience d'autohypnose, centré sur les sensations. Ainsi, il découvre la communication indirecte.

Quelques années plus tard, en 1924, alors qu'il est étudiant en médecine, il rencontre Clark Leonard Hull qui est à l'origine d'une méthode expérimentale de l'hypnose. Ce dernier centre son attention sur la grande question de la suggestibilité.

Il s'en éloigne rapidement, car il est en désaccord avec le concept selon lequel l'hypnothérapeute, par les termes qu'il emploie, est plus important que les processus comportementaux internes du sujet sous hypnose.

Pour Erickson, les suggestions et la suggestibilité ont une importance cruciale. Il teste plusieurs techniques d'induction hypnotique permissive et indirecte.

En 1928, il obtient dans le même temps son doctorat de médecine et sa maîtrise de psychologie au Colorado General Hospital. Il y prend un poste en tant que psychiatre sans qu'il soit pour autant autorisé à faire usage de l'hypnose.

Il faut attendre 1930 pour qu'il reprenne ses recherches sur l'hypnose dans le Massachusetts, à l'hôpital d'Etat de Worcester, où il est médecin chef du service de recherche.

Quatre ans plus tard, il s'envole vers le Michigan pour devenir directeur de la recherche psychiatrique à l'hôpital d'Eloise. Fort de son avidité pour l'expérimentation de l'hypnose, il pratique des séances de surdité hypnotique et de daltonisme hypnotique.

Au cours de la seconde guerre mondiale, il collabore avec le gouvernement des Etats-Unis afin d'analyser la structure de la personnalité japonaise ainsi que les effets de la propagande nazie.

L'hypnose connaît un nouvel essor avec son efficacité dans la prise en charge des névroses de combat.

Durant cette période, il rencontre le couple d'anthropologues Gregory Bateson et Margaret Mead qui désirent partager avec lui leurs observations des processus de transe auxquels ils ont assisté à Bali.

Le 13 mai 1942, il participe à une conférence sur l'hypnose à New York. Y est abordé le thème de l'inhibition cérébrale et qui est à l'origine du mouvement cybernétique.

(du grec *κυβερνητης*, « pilote, gouverneur », dans une explication cybernétique, dite négative, l'examen des restrictions ou contraintes du système montre que n'importe quoi ne peut se produire et que seule une réponse appropriée à ces contraintes peut survivre, se développer et se reproduire).

A partir de 1948, Erickson malade, déménage en Arizona à Phoenix où il ouvre un cabinet de consultations privées. C'est aussi à cette période qu'il commence ses Seminars on Hypnosis (des ateliers de formation à l'hypnose).

L'année suivante, il crée avec l'aide de William Kroger (obstétricien) et André Weitzenhoffer (psychologue) la Society for Clinical and Experimental Hypnosis.

Fait rare, en 1952, à l'âge de 52 ans il est de nouveau paralysé par un syndrome post poliomyélite ce qui l'oblige à se servir d'un fauteuil roulant. L'atteinte de ses muscles phonatoires l'oblige également à simplifier ses pratiques.

Malgré cela, il ne perd pas son intérêt pour l'hypnose, il organise même un séminaire à San Fransisco en 1953, où il rencontre Jay Haley (psychothérapeute et un des fondateur de la thérapie familiale).

En 1957, il fonde l'American Society of Clinical Hypnosis toujours en association avec William Kroger. Il désire ainsi mettre en avant les spécificités de la transe et de l'induction hypnotique et s'éloigner de l'hypnose trop générale.

En 1973, grâce à Haley qui publie *Uncommon Therapy*, il devient enfin connu du grand public tout en continuant à recevoir à son domicile les psychothérapeutes afin de les initier à l'hypnose.

C'est 6 mois après son décès en 1980, qu'un congrès international lui sera consacré à Phoenix.

Pour Erickson, il ne faut pas avoir d'idées préconçues face à un patient, le maitre mot est l'observation.

La pratique de l'hypnose mais également de l'autohypnose permet le développement de cette grande qualité.

Il pense aussi que la transe de l'hypnothérapeute est indispensable pour que ce dernier soit d'autant plus conscient de la communication non verbale que les patients utilisent de façon inconsciente.

« Chacun a en lui les ressources, la capacité de soulager ses propres souffrances et de résoudre ses problèmes d'une manière qui ne doit pas nécessairement être comprise au niveau cognitif ».

Parmi la multitude des élèves d'Erickson, on peut citer Ernest Rossi (psychothérapeute et docteur en neuroscience), qui initialement se fait passer pour un de ses patients avant de devenir un de ses disciples.

Il apporte la preuve que la thérapie hypnotique modifie les mécanismes cérébraux.

Il cherche actuellement à donner une valeur scientifique à l'hypnose et à la psychothérapie.

En France, l'hypnothérapeute qui a marqué le XXème siècle est **Francois Roustang** (1923-2016).

Initialement il est philosophe, il devient ensuite psychanalyste en intégrant l'école freudienne de Paris de Jacques Lacan.

C'est à la fin des années 1970, qu'il intègre l'hypnose à sa pratique. Il s'y formera auprès d'hypnothérapeutes américains élèves d'Erickson notamment Judith Fleiss.

Il devient rapidement une référence dans la théorisation de la pratique de l'hypnose. Il décrit l'importance du corps dans la thérapie.

1.1.2 Définition de l'hypnose

Il est loin d'être simple de donner une seule définition à l'hypnose car il est difficile de poser des mots sur un phénomène qui est du domaine du ressenti.

On trouve tout de même plusieurs descriptions intéressantes.

D'un point de vue étymologique, hypnose vient du grec *υπνος* qui signifie sommeil.

Commençons par la définition la plus « officielle », celle du dictionnaire. Le Larousse nous propose de définir l'hypnose comme « un état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion ».

En 1955, la British Medical Association émet une autre définition. « un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément, ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices, peuvent être dans l'état hypnotique produits et supprimés ».

En 1979, pour Léon Chertok l'état hypnotique est « le quatrième état de conscience, en plus de la veille, du sommeil profond (et du rêve) et du sommeil paradoxal ».

Il écrit également que « l'état hypnotique apparaît donc comme un état de conscience modifié, à la faveur duquel l'opérateur peut provoquer des distorsions au niveau de la volition, de la mémoire et des perceptions sensorielles, en l'occurrence dans le traitement des informations algogènes ».

Une vingtaine d'années plus tard, en 1991, pour le psychiatre Jean Godin « l'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce « débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure », qui suppose un certain « lâcher-prise », équivaut à une façon originale de fonctionner à laquelle on se réfère comme à un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau conscient ».

Plus récemment, Dominique Megglé dans son livre *Erickson, hypnose et psychothérapies* (3) écrit « L'hypnose traduit une activation de ressources inconscientes et favorise les intuitions libératrices. Cette activation se produit dans un certain état de focalisation sans effort de l'attention pendant lequel l'esprit conscient relâche son contrôle.

L'hypnose est un phénomène naturel de la vie quotidienne. Elle est une capacité créative provenant de l'intérieur de la personne et s'exprimant lorsque le contexte est favorable. Enfin, l'expérience hypnotique est très personnelle. Elle varie d'un sujet à l'autre, et chez le même sujet d'un instant à l'autre, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses motivations, du moment ou de l'époque de vie dans laquelle il se trouve ».

Enfin, le professeur de psychologie Antoine Bioy se pose la question « Qu'est-ce que l'hypnose ? ». Il y répond : « Chacun a pu faire l'expérience d'un roman dont la lecture consciencieuse permet de nous évader, ou celle d'une suspension hors du temps à force de contempler le mouvement des vagues, etc. En bref, chacun a pu faire l'expérience d'un état de conscience modifié (différent donc de l'état de veille habituelle). L'état hypnotique est précisément ce moment de conscience où les choses sont perçues autrement. »

1.1.3 Termes techniques hypnotiques

Le Pr Bioy nous propose un lexique afin de se familiariser avec le vocabulaire particulier de l'hypnothérapeute (4).

Tout d'abord l'*état hypnotique* correspond à « une modulation de la conscience pour entrer dans un fonctionnement psychologique impliquant à la fois les circuits de l'attention et les circuits de la détente. Cet état de conscience modifié implique un certain fonctionnement psychique, mental et relationnel qu'il est possible de caractériser en neuroscience et en psychologie ».

Pour Erickson « l'état hypnotique est un mode de fonctionnement mental, somme toute banal puisqu'il s'observe dans la vie quotidienne. Ce sont tous les instants, moments ou heures où l'attention consciente « décroche » de ce qui l'environne ».

Au plan physiologique, l'état hypnotique modifie le système nerveux végétatif. Il existe une certaine désactivation du système sympathique au profit du parasympathique.

On trouve ensuite le concept d'*hypnotisabilité* qui est « l'aptitude d'une personne à entrer dans un fonctionnement de type hypnotique. L'hypnotisabilité est actuellement considérée comme un trait de personnalité, évaluable par des outils établis par la recherche scientifique ».

Le terme de *perceptude* a quant à lui été forgé par François Roustang pour « désigner l'état d'une personne plongée dans son univers perceptif, sans intervention de l'intellect ou des émotions. Alors que la perception habituelle segmente, la perceptude est un état de perception de la continuité de l'être et de la prise en compte de tous nos liens avec le monde ».

En découle la notion de *ressenti* qui correspond à « l'ensemble de perceptions et de sensations que le sujet interprète, connote, d'une façon qui lui est propre (agréable, négative, etc). En hypnose, on parle le plus souvent de « ressentis » pour désigner l'ensemble des éléments éprouvés par un sujet, que ce soit physiologiquement, émotionnellement ou psychologiquement ».

La *suggestibilité* traduit la « capacité d'une personne à être influencée par une autre, au travers le plus souvent concernant l'hypnose, d'instructions verbales directes ».

La *transe* est le terme désignant « l'ensemble des états de conscience modifiée en lien avec soit la pathologie, soit le processus thérapeutique. Il possède de nos jours essentiellement une connotation anthropologique, cependant le terme de transe pose de façon directe la question de la phénoménologie des états hypnotiques ».

Pour Erickson il faut reconnaître et suivre la transe (3). Le corps manifeste une relaxation grandissante, une diminution du tonus musculaire, de petites secousses automatiques en début de travail de relaxation.

Quelques larmes peuvent couler sans signification émotionnelle pendant l'induction.

Au début les paupières papillonnent. Parallèlement à la relaxation, on note un changement du rythme et de la profondeur de la respiration ainsi que du rythme cardiaque. La mâchoire se détend, la bouche s'entrouvre.

L'hypnose thérapeutique est « l'hypnose pratiquée dans le champ de la santé. Elle est parfois nommée hypnose médicale lorsqu'elle est spécifiquement à visée de gestion d'un problème somatique, et hypnose clinique lorsqu'elle est pratiquée dans le cadre de la psychologie clinique et de la psychopathologie ».

L'hypnose ericksonienne qui nous intéresse plus particulièrement ici est la « pratique de l'hypnose élaborée par le psychiatre Milton H. Erickson dont nous avons parlé précédemment qui met l'accent sur des principes de communication. Cette forme d'hypnose possède deux racines conceptuelles centrales : l'approche humaniste et centrée sur la personne de Carl Rogers et l'approche comportementale de John B. Watson. Elle est actuellement la forme d'hypnose pratiquée la plus couramment ».

L'autohypnose est une entité à part entière. « Il s'agit d'un temps où le sujet est à la fois l'inducteur de l'hypnose sur lui-même et le sujet de l'hypnose. L'autohypnose offre des possibilités plus restreintes que l'hypnose induite par un autre que soi (où la notion d'accompagnement est majeure) mais peut être utilisée pour prolonger les séances avec un hypnothérapeute et par exemple reproduire les techniques apprises ».

Abordons maintenant le concept de *catalepsie*. Elle « désigne une rigidité, dont l'initiation peut être suggérée en hypnose (une catalepsie du bras, par exemple). Elle peut aussi simplement désigner la suspension d'un membre dans l'espace ».

La *dissociation* est une « rupture dans l'unité de la conscience et dans la cohésion des perceptions du sujet, qui entraîne une réorganisation de son espace psychique et perceptif. Si on prend comme exemple le fait de fixer un certain temps le mouvement des vagues. Tout en observant ce mouvement qui finit par devenir plus diffus, l'esprit s'évade et peut construire des récits imaginaires, des anticipations d'actions futures...On parle alors de dissociation de la conscience ».

L'hypnose conversationnelle correspond quant à elle à un « dialogue entre un hypnopraticien et son patient, en vue d'atteindre un objectif fixé. En hypnose conversationnelle, l'induction de l'état de conscience modifiée est « fixée », c'est à dire peu manifeste, progressive et d'apparence non cadrée. Néanmoins, puisqu'il s'agit bien d'hypnose, cet état est nécessaire pour ensuite structurer une approche thérapeutique vers l'objectif thérapeutique fixé ».

L'induction regroupe « l'ensemble d'actions intentionnelles (suggestions et autres) dont l'objectif est de susciter ou de faciliter la survenue d'un état hypnotique ».

Pour Erickson, l'art de l'induction hypnotique est d'observer les petites modifications physiques chez le patient et de les lui signaler (3). « L'essentiel est de se mettre en phase

avec le sujet : prendre une attitude physique vaguement ressemblante, respirer au même rythme, ralentir son débit verbal, laisser des pauses entre ses messages et surtout les lier entre eux de façon qu'ils apparaissent comme un flot continu et harmonieux ».

Une autre technique utilisée en hypnose est la *lévitation* qui est caractérisée par un « mouvement ascendant d'un bras puis de suspension initié par suggestion, comme si le bras échappait aux lois de la pesanteur et que ce mouvement s'effectuait sans qu'intervienne une intention du sujet dans ce sens (principe de l'involontarité) ».

Un autre concept souvent utilisé en hypnose reste les *métaphores* qui sont des « images ou des récits construits selon un principe d'analogie, et utilisées à visée thérapeutique en pratique hypnotique. L'intention d'une métaphore est de proposer au patient d'envisager autrement sa difficulté, de dépasser une résistance, ou de cheminer différemment pour trouver une solution. La métaphore possède un niveau manifeste discussif qui mobilise le conscient du patient et un niveau latent-implicite qui mobilise des processus inconscients ».

Le *safe place* (ou lieu de sécurité) est un « endroit imaginaire exploré en hypnose, où le sujet construit un sentiment important de sécurité interne et de protection. Le safe place n'est pas le « lieu ressource » ou « de détente » mais peut permettre au patient, secondairement, de ressentir également au moins l'une de ces deux dimensions ».

On utilise également souvent le *signaling*, « technique qui permet de maintenir une forme de communication avec le patient. Il s'agit de demander au patient de signaler (par un hochement de tête ou la levée d'un doigt) qu'une suggestion proposée est bien réalisée par lui, ou qu'une étape a été franchie (par exemple qu'il est prêt à entrer en hypnose) ».

Enfin, le concept de *lâcher-prise* est un « terme s'apparentant à une injonction paradoxale, car souvent perçue par les patients comme une demande d'abandon ou de renoncement. Il faut bien souvent lui préférer le terme de « laisser aller » ou « laisser faire », correspondant à une suggestion de diminution de l'exigence qu'un sujet s'impose à lui-même, ou du niveau de vigilance convoqué pour faire place à une situation. L'hypnose, notamment par la réorganisation perceptive qu'elle induit, permet au patient d'atteindre un nouvel état de vigilance, moins épuisant pour lui, tout en répondant à ses exigences anxieuses et à son besoin de contrôle ».

Ces différents termes nous permettent d'appréhender un peu mieux ce que peut être une séance d'hypnose.

Une séance d'hypnose comporte trois phases. Une première dite d'induction une seconde de dissociation et une troisième pendant laquelle on soumet des suggestions au patient qu'il est libre d'accepter ou de rejeter.

I.1.4 Les champs d'utilisation en Médecine Générale

Les domaines possibles d'utilisations de l'hypnose sont vastes.

En réalité on peut se servir de l'hypnose pour à peu près toutes les pathologies. La seule contre indication est la prise en charge de patients au profil psychotique qui sont en phase de délire qui ne permet pas de contact entre l'hypnothérapeute et le patient.

Une méta analyse de Wark (5) en 2008, trouve 32 pathologies pour lesquelles l'hypnose peut être utilisée, dont 5 où son efficacité est prouvée (la douleur secondaire à une chirurgie chez l'adulte, celle chez l'enfant, la perte de poids, l'anxiété pendant une chirurgie et les douleurs en rapport avec un cancer).

Elle est très souvent utilisée en anesthésie et permet de réduire les quantités de médicaments nécessaires pour la sédation (6).

Un large champ de pathologies peut bénéficier d'hypnose en Médecine Générale (7).

On peut citer la douleur qu'elle soit aiguë ou chronique. En effet l'hypnoanalgésie a fait l'objet de nombreuses études notamment dans le domaine de l'oncologie.

Elle permet également de prendre en charge l'anxiété, les phobies, le stress post traumatique ou encore les troubles du comportement alimentaire.

En ce qui concerne le champ de la pédiatrie, le bégaiement et l'énurésie sont deux pathologies pour lesquelles on peut essayer l'hypnose.

Les études évaluant l'hypnose en Médecine Générale sont encore peu nombreuses mais quelques thèses se sont penchées sur ce sujet et mettent en avant le bénéfice ressenti par le médecin notamment dans l'amélioration de sa relation avec son patient (8). Elle développerait leur envie d'élargir leur champ de compétences.

Les médecins généralistes utilisant l'hypnose diminueraient leurs prescriptions médicamenteuses et rendraient leurs patients plus autonomes.

Le bien être du médecin généraliste est un enjeu majeur pour une bonne prise en charge de ses patients.

Le thème qui nous intéresse ici est celui des dépendances et plus précisément celle liée au tabagisme. L'hypnose dans le sevrage tabagique travaille surtout sur une potentialisation des motivations.

I.2 Tabagisme.

I.2.1 Substance et dépendance

a) Le tabac

Il arrive en France au XVIème siècle avec Jean Nicot de Villemain qui le ramène de Lisbonne pour soigner Catherine de Médicis.

Plus tard, le chimiste Louis Nicolas découvre une substance dans le tabac qu'il nomme nicotine en l'honneur de ce dernier.

Jusqu'à la deuxième partie du XXème siècle, le tabac n'est pas considéré comme nocif.

La liste des composants cancérigènes présents dans une cigarette est pourtant longue (9).



Figure 1 : Substances cancérigènes connues. D'après Chevalier C, Nguyen A, Nougier I, Villéger P. *Accompagner l'arrêt du tabac. Actual Pharm.* mars 2015;54(544):6-11.

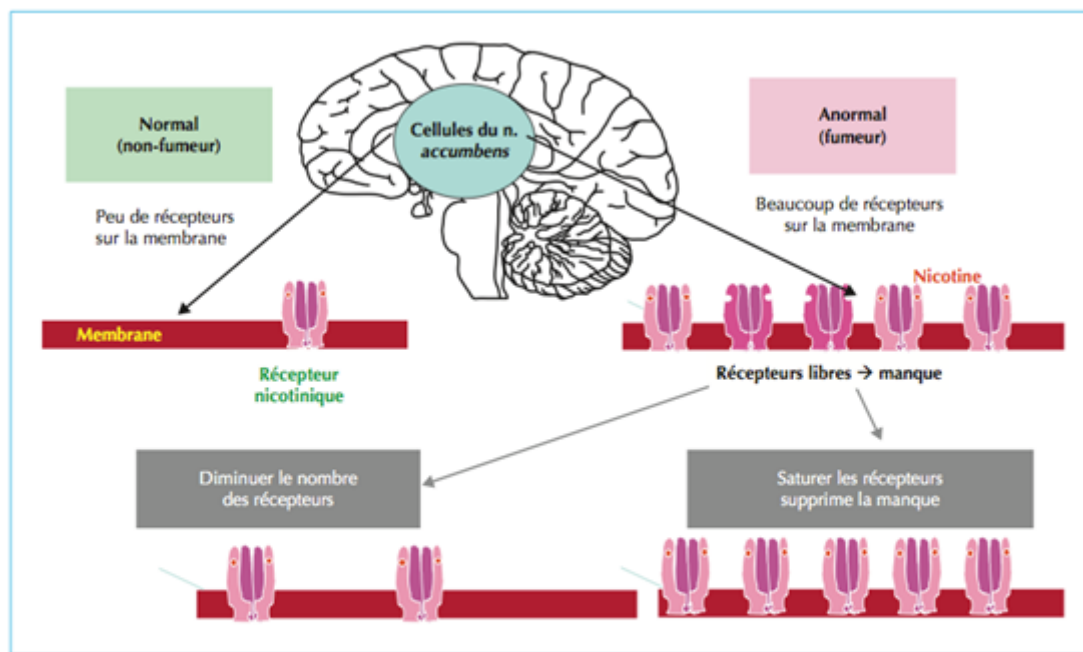
Nous pouvons évoquer les quatre principaux toxiques présents dans la fumée du tabac que sont la nicotine, l'oxyde de carbone, les composés irritants et les goudrons.

Cette fumée a une conséquence directe ou indirecte sur presque l'ensemble des organes du corps humain.

b) La nicotine

C'est un alcaloïde que l'on retrouve dans la feuille de tabac. Elle mime l'action de l'acétylcholine et va donc stimuler les récepteurs nicotiques présents tout au long des voies dopaminergiques.

Elle active ainsi le système de récompense. Cette substance psychostimulante entraîne une dépendance par l'augmentation du nombre de récepteurs et donc de la quantité de nicotine nécessaire (10).



Les membranes du noyau accumbens du non-fumeur ont peu de récepteurs nicotiques transmembranaires. Chez les fumeurs, les pics de nicotine apportés en sept secondes par la cigarette au cerveau des fumeurs va désensibiliser ces récepteurs et en augmenter considérablement le nombre, augmentant le besoin (et la tolérance) de la nicotine. Chez le fumeur rendu dépendant, le traitement visera à supprimer le manque et réduire la dépendance en diminuant le nombre de récepteurs disponibles en surface, mais le retour ne se fera jamais à la normale et un sujet dépendant au tabac le reste à vie, même s'il ne fume plus.

Figure 2 : Physiopathologie de la dépendance nicotinique. D'après Dautzenberg B. *Sevrage tabagique, mise au point sur la prise en charge actuelle et ses résultats. Bull Cancer (Paris). 2012;99(11):1007-1015.*

La dépendance (DSM-4) désigne la sujétion à l'usage d'une drogue psychoactive, dont la suppression induit un malaise psychique, voire physique, obligeant le sujet à pérenniser sa consommation.

L'addiction quant à elle correspond à la consommation de substances psychoactives ou un comportement répété impossible à contrôler pour l'individu en dépit de ses conséquences délétères (souffrance psychologique et troubles physiologiques).

Le DSM-5 de 2013 associe la dépendance et l'abus de substance en une seule et même catégorie (Annexe 1).

La dépendance à la nicotine est donc le cœur du problème de l'addiction au tabac.

La dépendance au tabac peut être évaluée avec le questionnaire de Fagerström simplifié, qui en fonction des réponses aux 6 questions proposées, permet d'obtenir un score allant de 0 à 10 (Annexe 2).

Le résultat le plus faible correspond à l'absence de dépendance et le plus fort à une dépendance très forte à la nicotine.

Une des craintes des patients liée à l'arrêt du tabac est l'apparition de symptômes de sevrage qui sont variables d'un patient à l'autre et qui ont chacun une durée propre.

On peut observer par exemple des étourdissements, des troubles de la concentration, de l'humeur, une irritabilité, une asthénie, des insomnies, une anxiété, une toux, une constipation, une sensation de faim et un goût accru pour les aliments sucrés (9).

Symptôme	Durée	Conseils à prodiguer
Étourdissements	1 ou 2 jours	Se détendre et contrôler sa respiration
Mal de tête	Variable	Se détendre
Fatigue	2 à 4 semaines	Faire de l'exercice et dormir plus longtemps
Toux	< 7 jours	Boire de l'eau
Oppression thoracique	< 7 jours	Se détendre
Troubles du sommeil	< 7 jours	Éviter de consommer en soirée des boissons ou des aliments contenant des excitants tels le café, le chocolat et le cola
Constipation	3 à 4 semaines	Boire beaucoup d'eau, manger des aliments riches en fibres et faire de l'exercice
Faim	Quelques semaines	Prendre trois repas peu caloriques par jour
Manque de concentration	Quelques semaines	Prévoir cette situation et s'y préparer
Envie très forte de fumer	Surtout les premières semaines	S'occuper, l'envie de fumer ne dure habituellement que quelques minutes

Figure 3 : Signes cliniques du sevrage tabagique et conseils à prodiguer. D'après la Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de pratique de l'EPS. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. Haute Autorité de Santé; 2015 (11).

c) Conséquences du tabac :

La consommation de tabac est un fléau qui touche de nombreux français. En effet selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) la proportion de fumeurs quotidiens en 2016 chez les 18-75 ans s'élève à 29,4% (avec une prévalence masculine de 32,1% et féminine de 25,5%) (12).

En terme de mortalité le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) de 2016, estime à 78000 le nombre de décès imputables à la consommation de tabac, ce qui représente 14% des décès toutes causes confondues (13% en 2013) (13).

Des décès qui pourraient donc être évités.

Les effets secondaires du tabac sont maintenant bien identifiés et touchent de nombreux organes.

Les principales complications du tabagisme sont les cancers bronchiques, les cancers des voies aérodigestives supérieures, les pathologies cardiovasculaires et les maladies respiratoires (14).

Fractions des décès attribuables au tabagisme selon la localisation cancéreuse. Estimation pour la France métropolitaine dans la population âgée de 35 ans et plus, année 2013

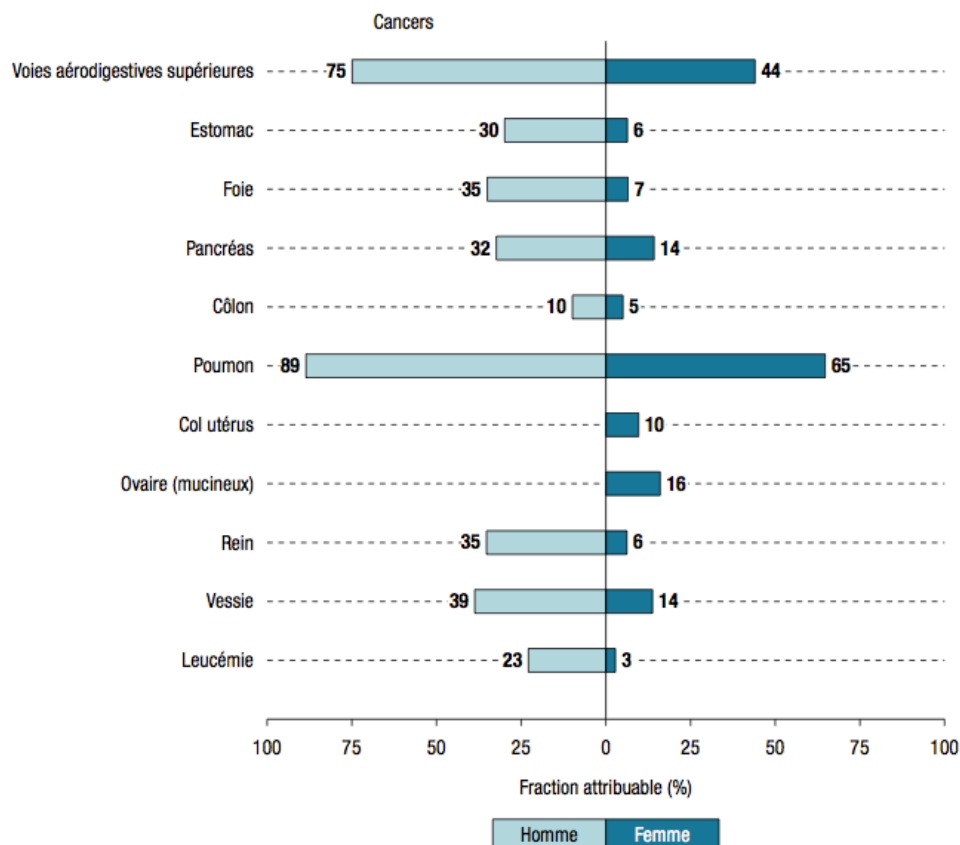


Figure 4 : Répartition des décès par cancer attribuables au tabac selon le BEH de 2013. (15)

Les trois quarts des décès liés au tabac concernent les hommes.

En revanche on note une diminution de la mortalité par cancer du poumon depuis les années 1990 chez ces derniers. À l'inverse, on observe une augmentation continue de la mortalité globale liée au tabagisme chez les femmes depuis 1980 mais stable pour le cancer du poumon.

En ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, on peut noter que le tabac est présent dans 80% des syndromes coronariens aigus avant 45 ans (16).

Le Dr Bonaldi en recroisant des données de consommation de tabac et les hospitalisations pour une pathologie cardiovasculaire, a estimé qu'en 2015, 161776 hospitalisations pour problème cardiovasculaire auraient pu être évitées si les patients n'avaient pas fumé (17).

Les pathologies respiratoires ne sont pas en reste, le tabac est en effet la première cause de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (18).

Les projections de l'OMS pour 2020, indiquent que la BPCO deviendra la 3^{ème} cause de mortalité et la 5^{ème} cause de handicap.

Il est pertinent de noter que plus que la consommation journalière de tabac, c'est l'ancienneté de cette dernière qui est nocive d'un point de vue respiratoire.

En terme de risque de cancer bronchique, il est plus nocif de fumer 10 cigarettes par jour pendant 20 ans que 20 cigarettes par jour pendant 10 ans.

Un fumeur sur deux qui ne se sèvre pas décèdera d'une maladie liée à son tabagisme.

Enfin le tabac entraîne des troubles de la reproduction en réduisant la fertilité, en allongeant le délai de conception, en augmentant le risque de fausse couche et de grossesse extra-utérines. De plus le tabagisme peut entraîner des maladies respiratoires infantiles (11).

d) Lutte contre le tabagisme : moyens mis en place

- Commençons par un rappel législatif :

La loi Veil promulguée en 1976 est le premier texte important abordant les méfaits du tabagisme. Elle porte essentiellement sur la publicité en faveur du tabac et aborde l'interdiction de fumer dans certains lieux publics. Elle permet l'apposition de la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes.

Suit en 1991, la loi Evin, relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme. Elle permet de modifier la représentation du tabac dans la société et entraîne une diminution de sa consommation.

Elle a entre autres conséquences une augmentation du prix du paquet de cigarettes, une interdiction de fumer dans l'ensemble des lieux publics et l'interdiction de vente de tabac aux mineurs.

Le décret du 15 novembre 2006 modifie la loi Evin et étend l'interdiction de fumer à d'autres lieux à usage collectif (19).

- Le programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 :

Il a été créé selon 3 axes. Le premier a pour objectif la protection des jeunes et leur éviter l'entrée dans le tabagisme. Le second a pour but d'aider les fumeurs à se sevrer. Enfin le troisième vise à agir sur l'économie du tabac.

De ce programme découlent de nombreuses mesures. Les plus marquantes sont l'augmentation du forfait de remboursements des substituts nicotiques à une hauteur de 150 euros par an depuis novembre 2016. Puis l'apparition d'un paquet de cigarette neutre en janvier 2017.

Vient ensuite la décision d'impliquer d'avantage les médecins généralistes dans la prévention avec une augmentation de l'information délivrée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

On voit également l'apparition de l'application pour téléphones Tabac info service.

Enfin on peut souligner le succès de la campagne de prévention le « moi(s) sans tabac » dont la première édition a eu lieu en 2016.

- La Convention Cadre pour la Lutte AntiTabac (CCLAT) est le premier traité international de la santé publique négocié sous l'égide de l'OMS. Il réaffirme le droit pour chacun « d'atteindre un niveau de santé le plus élevé possible » et précise l'importance des stratégies de réduction de l'offre et de la demande de tabac.

La France est le premier pays européen à l'avoir ratifiée en 2004. La CCLAT est entrée en vigueur en février 2005. En 2016, 180 pays l'ont ratifiée.

1.2.2 Méthodes de sevrage tabagique :

-Les traitements nicotiques de substitution (TNS) :

C'est l'outil de sevrage tabagique le plus utilisé et celui recommandé en première intention.

Il existe différentes formes galéniques pour les substituts nicotiques : les patchs transdermiques, les gommes à mâcher, les pastilles à sucer, le spray buccal.

Leur concentration en nicotine est variable comme on peut le voir dans le tableau ci dessous (20).

Les patchs permettent d'obtenir une nicotémie stable car ils ont une libération prolongée contrairement aux formes à action rapide qui sont celles à absorption buccale. Il est donc pertinent d'associer ces deux formes.

Les TNS sont utiles pour lutter contre les symptômes de sevrage et permettent au fumeur d'éventuellement diminuer sa consommation avant un arrêt total.

Cette réduction du tabac donne au fumeur un sentiment de contrôle de son addiction, ce qui peut être un moteur au changement.

Formes galéniques	Noms de spécialité	Dosages
Dispositif transdermique (patch) de 24 heures	Nicotinell®	21, 14 et 7 mg
	Nicopatch®	
	Niquitin®	
Dispositif transdermique (patch) de 16 heures	Nicoretteskin®	25, 15 et 10 mg
Gomme à mâcher	Nicorette®	2 et 4 mg
	Nicotinell®	2 et 4 mg
Comprimé à sucer/pastilles	Nicotinell®	1 et 2 mg
	Nicopass®	1,5 et 2,5 mg
	Niquitin®	2 et 4 mg
	Niquitinminis®	1,5 et 4 mg
Comprimé sublingual	Nicorette Microtab®	2 mg
Inhalateur	Nicorette Inhaleur®	Cartouche à 10 mg
Spray buccal	Nicorettespray®	1 mg/dose

Figure 5 : Différentes formes de substituts nicotiques en France. D'après Underner M, Perriot J, Peiffer G. *Sevrage tabagique du fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive. Rev Mal Respir. déc 2014;31(10):937-60.*

Si la nicotine était ingérée, le passage hépatique diminuerait sa biodisponibilité et elle devrait donc être plus dosée qu'en forme transmuqueuse ou transdermique et entraînerait donc plus d'effets indésirables.

Pour la prescription de ces TNS, on estime qu'une cigarette correspond à l'absorption de 1 mg de nicotine. Un patch à 21 mg correspond donc à une consommation d'un paquet par jour.

-Méthodes pharmacologiques : (Vidal)

Elles restent un traitement de deuxième intention étant donné les possibles effets indésirables de ces molécules.

En premier lieu on trouve le Bupropion (Zyban) qui est un antidépresseur, dérivé de l'amphétamine. C'est un inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine dont le mécanisme précis dans le sevrage tabagique reste flou. Il aurait une action antagoniste sur les récepteurs nicotiniques cholinergiques centraux.

On trouve ensuite la Varenicline (Champix). Son utilisation est indiquée en absence de réussite des TNS et avec un score de dépendance de Fagerström supérieur ou égal à 7. Elle se lie avec affinité aux récepteurs nicotiniques neuronaux à l'acétylcholine $\alpha 4\beta 2$ en tant qu'agoniste partiel. Elle bloque la capacité de la nicotine à activer complètement ces récepteurs et la voie dopaminergique mésolimbique. Elle soulage donc le manque et diminue l'effet de récompense en empêchant la liaison de la nicotine (effet antagoniste).

Ils peuvent tous deux avoir comme effets indésirables graves l'apparition d'un syndrome dépressif et l'apparition de comportements suicidaires et auto-agressif.

Tableau 1 Résumé des modalités d'action et de l'efficacité des traitements d'aide au sevrage tabagique.		
Modalités de prise en charge	Action	Efficacité à 6 mois en monothérapie
Traitement nicotinique de substitution (TNS)	Réduit l'envie de fumer et les symptômes de manque	2-3 fois plus d'arrêt en population générale versus sans TNS
Bupropion	Apport ciblé de nicotine Réduit l'envie de fumer et les symptômes de manque	2 fois plus d'arrêt lors d'essais cliniques versus placebo
Varenicline	Soulage les symptômes de manque Bloque l'effet satisfaisant de la nicotine inhalée, ce qui réduit le plaisir de fumer	3 fois plus d'arrêt lors d'essais cliniques versus placebo
Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)	Développent ou maintiennent la motivation Gèrent les situations ou pensées favorisant la consommation Préviennent la rechute	Similaire aux médicaments mais l'association à des médicaments est conseillée

Figure 6 : Outils de sevrage en 2018. D'après Abdul-Kader J, Airagnes G, D'almeida S, Limosin F, Le Faou A-L. Les outils du sevrage tabagique en 2018. Rev Pneumol Clin.

Les TNS et le Bupropion augmenteraient de 80% l'arrêt de tabac à 6 mois comparé à un placebo (21).

D'autres molécules existent telles que la clonidine, la cystine, le diazépam, l'ondansetron. Mais leur utilisation n'est pas recommandée en raison du manque de preuve de leur efficacité dans le sevrage tabagique (22).

- Les techniques non pharmacologiques :

Les médecines complémentaires sont de plus en plus sollicitées par les patients.

En effet, pour le sevrage tabagique ils existent de nombreuses techniques non pharmacologiques qui sont une alternative pour les patients ne voulant pas utiliser de médicaments, ayant mal supporté les TNS ou simplement curieux d'une nouvelle méthode.

Comme leur nom l'indique on peut très bien les associer aux méthodes pharmacologiques.

L'acupuncture est une méthode chinoise basée sur la mise en place de très fines aiguilles à plusieurs endroits clés sur la peau (23).

De plus en plus de patients en quête d'un sevrage tabagique se tournent vers cette technique. L'efficacité scientifique manque de matière pour être mise en lumière.

On peut citer aussi, l'auriculothérapie qui est une technique d'acupuncture ou d'acupressure centrée uniquement sur des points auriculaires.

La médecine complémentaire qui nous intéresse ici dans le sevrage tabagique est l'hypnose que nous allons décrire plus loin.

1.2.3 Rôle du médecin généraliste dans le sevrage tabagique :

C'est le premier recours du patient qui désire se sevrer. La relation de confiance qui existe entre un patient et son médecin traitant est un atout pour la mise en place d'un sevrage.

Une relation qui s'installe sur plusieurs mois voire années augmente la confiance du patient en son praticien.

Les recommandations de l'HAS de 2014 *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en 1^{er} recours* offrent un support au médecin généraliste pour aborder le sevrage tabagique simplement avec chaque patient (22).

Le dépistage du tabac fait partie de l'interrogatoire de la première consultation en Médecine Générale tout comme la recherche d'éventuelles pathologies associées à sa consommation.

L'HAS propose des exemples de conseils d'arrêt assez simples.

Selon le baromètre de santé des médecins généralistes de 2009, le simple fait d'avoir délivré des conseils pour l'arrêt du tabac fait réfléchir trois quart des patients à un projet de sevrage futur (24).

Face à un patient en demande de sevrage il est intéressant de pouvoir évaluer sa motivation.

On dispose pour cela d'une échelle analogique d'évaluation de la motivation ou encore du modèle descriptif des changements de comportements de Prochaska et DiClemente (25) (Annexe 3).

Ces derniers émettent l'hypothèse que le patient fumeur passe par plusieurs étapes avant de se sevrer : la pré-intention, l'intention, la décision, l'action et le maintien/liberté.

Le médecin peut donc adapter son discours et sa prise en charge en fonction du cheminement du patient fumeur.

Une des qualités primordiales du médecin généraliste est l'écoute qui lui permet d'accompagner ses patients dans une attitude de thérapie de soutien.

Elle facilite également la réalisation d'un entretien motivationnel qui selon Miller et Rollnick est un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement (26).

Le médecin généraliste peut également s'impliquer dans l'évaluation de l'atteinte pulmonaire du tabac en réalisant une spirométrie au cabinet. Cette dernière augmenterait la motivation au sevrage des patients qui n'avaient pas l'intention de se

sevrer (27). La fiabilité des résultats de cet examen par un médecin généraliste se rapprocherait de ceux obtenus par un pneumologue (28). Cet outil est une corde supplémentaire à l'arc de compétence du médecin traitant pour une prise en charge globale de son patient.

Il a ainsi une place particulière qui lui autorise le développement d'un accompagnement psychologique efficace.

I.3 Hypnose et tabagisme

Les articles scientifiques concernant l'hypnose dans le sevrage tabagique ayant un haut niveau de preuve sont encore peu nombreux mais tendent à se multiplier.

I.3.1 Données de la littérature jusqu'à 2010

On peut citer en premier lieu la revue Cochrane de la littérature faite en 2010 par Barnes (29) qui cherche à évaluer l'efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique.

Ils ont retenu 11 études publiées entre 1975 et 2008 qui répondent à des critères d'inclusion plutôt stricts. Ils n'ont retenu que des essais cliniques randomisés, contrôlés dont le critère de jugement principal est l'abstinence à 6 mois de la séance d'hypnose.

Les méthodes d'hypnothérapie peuvent être différentes tout comme le nombre et la durée des séances.

Ils évoquent l'importance de la qualité de la relation entre le patient et l'hypnothérapeute et l'hypnotisabilité des patients.

La plupart des études dans cette revue utilisent une variante de la méthode de Spiegel dans son étude de 1993 (30).

Il s'agit de proposer aux patients une séance de modification de leur comportement tabagique en leur enseignant l'autohypnose. Ils sont amenés à répéter des phrases à chaque fois qu'ils ont envie de fumer. Trois mois après la séance 38% des patients sont abstinents, 30% à six mois.

Dans les études les plus anciennes, le taux d'abstinence à six mois varie de 4 à 88%, mais il s'agit principalement d'essais non randomisés.

Dans les études randomisées et contrôlées, à trois mois de la séance, il varie de 21% à 60% et à 6 mois de 18 à 53%.

Ces résultats montrent à quel point il est peu aisé de réaliser un essai clinique sur ce thème. Beaucoup de facteurs entrent en jeu.

Dans les essais randomisés, contrôlés de cette revue, la taille des échantillons de patients va de 20 à 286, le nombre de séances d'hypnose d'une à huit. Les groupes contrôles sont également très divers. Le groupe de patients bénéficiant d'hypnose peut être comparé à des patients sur liste d'attente (31) ou à un groupe recevant des conseils anti-tabac (32-35).

D'autres études comparent l'hypnose combinée à une autre intervention à un groupe recevant seulement l'intervention associée (de la relaxation, du conseil anti-tabac, des patchs nicotiniques, des appels téléphoniques de soutien)(36-40).

Pour juger de l'abstinence la plupart de ces études se basent sur l'interrogatoire du patient et ne présentent pas de contrôle biologique de l'absence de nicotine.

Les conclusions de cette revue de la littérature ne permettent pas de démontrer de façon évidente une supériorité de l'hypnose dans le sevrage tabagique comparée à une autre méthode de sevrage ou à une absence d'intervention.

La diversité des protocoles d'études ne laisse pas la possibilité de réaliser une méta-analyse. Cela est probablement dû à la difficulté de trouver un « placebo » adapté à l'hypnose.

L'efficacité potentielle de l'hypnose est probablement multifactorielle et pourrait s'expliquer par le contact avec le thérapeute.

1.3.2 Données de la littérature depuis 2010

Si on retient les critères d'inclusions de la revue de Barnes, on trouve trois essais contrôlés randomisés qui semblent pertinents depuis 2010.

Tout d'abord en 2013, l'étude suisse de Dickon-Spillmann (41) qui compare un groupe de 116 patients bénéficiant d'une séance d'hypnose à un groupe de 107 patients bénéficiant d'une séance de relaxation. Le critère de jugement principal est l'abstinence à six mois de la séance qui est respectivement de 14,7% dans le groupe hypnose contre 17,8% dans le groupe relaxation. Il n'y a donc pas de différence significative entre les deux groupes. Il y a également peu de symptômes de sevrage dans chacun des groupes.

On trouve ensuite en 2014, l'étude américaine de Hasan (42).

Dans cet essai, les patients sont répartis en trois groupes : un groupe hypnose seule (41 patients), un groupe hypnose associée à un TNS (41 patients) et un groupe TNS seul (40 patients).

Le critère de jugement principal est la prévalence de 7 jours d'abstinence à 26 semaines de l'intervention et le critère de jugement secondaire est la prévalence de 7 jours d'abstinence à 12 semaines d'intervention.

A trois mois le taux d'abstinence est de 43,9% dans le groupe hypnose contre 28,2% dans le groupe TNS ($p=0,14$) et à six mois il est de 36,6% dans le groupe hypnose contre 18% dans le groupe TNS ($p=0,06$). On a donc une tendance en faveur de l'hypnose, mais là non plus pas de différence significative entre les trois groupes.

Enfin plus récemment en 2017, l'étude américaine de Carmody (43) a comparé deux groupes de patients. Un groupe de 48 patients bénéficiant d'une séance d'hypnose (suivant un entretien motivationnel préalable et couplée à l'utilisation de TNS) et un groupe de 54 patients (intervention comportementale) bénéficiant d'une séance de contrôle de soi (suivant un entretien motivationnel et couplée à l'utilisation de TNS).

Le critère de jugement principal est l'abstinence à 26 semaines, qui est de 35% dans le groupe hypnose et de 42% dans le groupe comportemental.

A 52 semaines, l'abstinence est de 29% dans le groupe hypnose contre 28% dans le groupe comportemental. Aucun de ces résultats n'est significatif (RR 0,85 IC₉₅ [0,52 ; 1,40]) et (RR 1,03 [0,56 ; 1,91]).

Au final, l'hypnose ne semble pas être plus efficace que les autres techniques de sevrage, mais elle ne semble pas être inférieure.

1.3.3 Autres études pertinentes...

Plusieurs études se sont penchées sur les critères favorisant le sevrage et encore une fois on ne trouve par une unité parfaite des résultats.

Si on s'intéresse à la susceptibilité hypnotique ou hypnotisabilité des patients pour commencer, nous pouvons citer l'étude de Baer et celle de Barabarz, (44,45) qui suggèrent que l'abstinence est meilleure chez les patients avec de hauts scores de susceptibilité hypnotique.

Ils utilisent l'échelle de Stanford de Weitzenhoffer et Hilgard (1959), qui comporte 12 items de tâches motrices ou cognitives de difficultés croissantes. Donc plus le patient réussit à faire d'exercices plus son score est élevé (Annexe 4).

C'est également la tendance de l'étude de Schubert en 1983 (46) qui ne retrouve pas de différence en terme d'abstinence à quatre mois d'une séance de relaxation ou d'hypnose mais qui constate que l'hypnose semble plus efficace que la relaxation chez les patients dont la susceptibilité hypnotique est plus importante.

Spiegel (30) en 1993 cite aussi l'hypnotisabilité comme un des possibles critères d'abstinence.

Poursuivons en nous arrêtant sur le concept de motivation que nous avons déjà évoqué précédemment. Plusieurs auteurs dans leurs travaux abordent une nécessité de motivation pour que l'hypnose soit plus efficace. C'est le cas dans la revue de la littérature de 1983 d'Agee (47) ou plus récemment en 2014 avec Glickman-Simmon (48).

Enfin en 2016 Aumann s'intéresse à l'hypnose et à l'acupuncture pour le sevrage de patients souffrant de BPCO, il conclut qu'elles ne sont pas efficaces de façon significative mais qu'elles ont une utilité dans certains cas pour la mise en place de stratégie de motivation.

Les médecins généralistes ne pensent que rarement à proposer l'hypnose à leurs patients comme possibilité d'aide au sevrage tabagique. Dans une étude suisse de Jacot Sadowski (49) en 2009, seulement 8% d'entre eux la recommandent alors qu'ils sont 88% à prescrire des patchs nicotiques.

Ce qui est en contradiction avec les aspirations des patients. En effet, Sood (50) en 2006, analyse une population de fumeurs et 67% d'entre eux sont intéressés par une utilisation future d'une médecine complémentaire pour arrêter de fumer.

Ce constat est également mis en avant par Marques-Vidal (51) en 2011, les méthodes non « Evidence Based Medicine » sont appréciées des patients et se rapprochent des résultats obtenus avec des TNS. Dans cette étude sur presque 1000 patients, 35% optent pour les patchs et 26% pour l'hypnose.

Enfin on peut préciser qu'en terme de suggestions hypnotiques celles qui semblent les plus pertinentes sont celle centrées sur le sevrage et les suggestions positives plus que les négatives (52). Comme dans l'étude de Stanton (53) qui fait visualiser à ses patients un ballon rouge symbole de la réussite.

1.3.4 Exemple de protocole hypnotique de sevrage tabagique

Dans « Oubliez le tabac par l'hypnose » du Dr Benhaïem (54) on découvre certaines techniques hypnotiques pour le sevrage tabagique.

Le début de cet ouvrage explique au patient que « pour guérir il faut retrouver son corps ». Il décrit des raisons primaires (la toux, l'essoufflement, l'odeur) et des raisons secondaires (le prix, l'entourage, un bébé) à un désir de sevrage.

« A force d'être tenue par les doigts, caressée, touchée, en contact avec les lèvres, elle laisse croire au cerveau qu'elle est le prolongement naturel du corps », « Le tabac a un jour été installé comme un accessoire utile ».

Il demande à ses patients d'interroger l'ensemble de leurs organes sur les effets néfastes du tabac afin de retrouver et d'apprécier l'amélioration possible de chaque organe sans tabac.

« La toux est l'expulsion brutale des substances toxiques qui n'ont rien à faire dans les bronches. Par ce signe le corps montre son allergie aux poussières du tabac ».

Il met le patient au centre du sevrage et lui apprend à se détacher du tabac.

Notre travail cherche à voir si l'hypnose en cabinet de Médecine Générale obtient un taux d'abstinence proche de celui des études précédentes.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle sur une série de cas de patients.

Le critère de jugement principal de cette étude est la consommation de tabac à trois mois d'une séance d'hypnose réalisée par un médecin généraliste dans un cabinet de ville situé dans le département de l'Essonne.

Il s'agit donc d'une étude monocentrique.

Les critères de jugement secondaires sont : la quantité quotidienne de tabac en l'absence de sevrage, la présence d'éventuels symptômes de sevrage, les tentatives antérieures de sevrage et le score de Fagerström.

Nous décrirons également quelques données socio-démographiques telles que l'âge, le genre, la profession, les antécédents cardiovasculaires, respiratoires et anxio-dépressifs et la consommation de tabac en paquet-année.

II.2 Population et recrutement

La population est constituée d'adultes consultant dans un cabinet de Médecine Générale du département de l'Essonne pour réaliser une séance d'hypnose dans un but de sevrage tabagique.

Les critères d'inclusions sont : être un adulte, fumeur et consultant pour une séance d'hypnose dans un but de sevrage tabagique.

Le seul critère de non inclusion est le refus de participer à cette étude.

Le recrutement est réalisé par le médecin généraliste hypnothérapeute qui propose aux patients d'être rappelés à trois mois de la séance par un médecin qui leur lira un questionnaire dans le cadre de son travail de thèse.

Un test de Fagerström est réalisé le jour de la séance par le médecin généraliste hypnothérapeute. Il demande également au patient d'évaluer numériquement sa motivation de 1 (« ce n'est pas du tout important ») à 10 (« c'est extrêmement important »). On ne propose pas le 0 au patient, ce qui est déjà une suggestion, même a minima, de motivation au changement.

Pour rappel, la dépendance à la nicotine dans ce travail a été évaluée avec le questionnaire de Fagerström. Ce dernier se compose de six questions dont deux permettent l'obtention d'un résultat entre 0 et 3 et quatre un résultat de 0 ou 1.

Au final le patient totalise un score entre 0 et 10 (un score de 0 ou 1 signifiant l'absence de dépendance, 2 ou 3 une dépendance faible, 3 ou 4 une dépendance moyenne, 5 ou 6 une dépendance forte et 7 à 10 une dépendance très forte) (Annexe 2).

En ce qui concerne la notion de paquet-année, on évalue la consommation cumulée des patients en leur demandant en moyenne combien de paquets de cigarette par jour ils ont consommé et pendant combien d'années. Par exemple un patient fumant un paquet par jour pendant dix ans obtiendra une consommation cumulée à 10 paquet-année mais c'est aussi la consommation cumulée d'un patient ayant consommé un demi paquet par jour pendant vingt ans.

Le médecin généraliste réalise préalablement à la séance d'hypnose un entretien motivationnel. Ce dernier va mettre en avant l'âge de début de la consommation tabagique et ses raisons (qui ne sont, en général, plus présentes au moment du sevrage), le coût du tabac sur le plan émotionnel, sanitaire et financier ainsi que les bénéfices

apportés par le tabac, afin de justifier la consommation tabagique et de ne pas se poser en tant que juge ou moralisateur mais en tant qu'aidant.

Les patients sont informés qu'ils peuvent refuser la participation à ce travail de thèse à tout moment, que les données recueillies seront anonymes et ne seront utilisées que dans le cadre de cette étude.

II.3 Recueil de données et lecture du questionnaire

L'interne investigateur rappelle les patients trois mois après leur séance d'hypnose afin de leur lire un questionnaire (Annexe 5) ;

Les patients sont rappelés entre novembre 2017 et juin 2018.

Les coordonnées téléphoniques des patients sont recueillies dans les dossiers médicaux du cabinet ainsi que leur âge, leur genre, leur score de Fagerström avant la séance et leur score de motivation pour un sevrage.

Il est rappelé aux patients, qu'ils ont un médecin au téléphone et que les données recueillies restent anonymes et ne seront pas diffusées en dehors de ce travail de thèse.

Ils sont libres de refuser de répondre.

II.4 CNIL

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL sous le numéro N°2198897.

II.5 Protocole hypnotique

Le protocole hypnotique utilisé est proche de celui utilisé par le Dr Dominique Megglé.

La séance d'hypnose dure environ 30 minutes et comporte les trois phases classiques que sont : l'induction, la transe et le réveil.

Durant la phase d'induction, le médecin hypnothérapeute demande au patient de se concentrer sur un objet, sur une image dans le cabinet ou sur ses mains. Il peut l'accompagner dans un endroit agréable (le *safe place* décrit plus tôt).

Le patient entre en transe. Les signes extérieurs sont un arrêt de la déglutition, un ralentissement de la fréquence respiratoire ou encore une trémulation des paupières.

La transe peut être approfondie par une confusion, une lévitation du bras ou une catalepsie.

Pendant la transe le discours du médecin est séparé en deux parties une première plutôt brève qui aborde les inconvénients du tabac et une seconde plus longue qui va insister sur les avantages de ce dernier. Alors l'hypnothérapeute va poser à trois reprises cette question : êtes-vous prêt à payer le prix du tabac ? L'intérêt est de pousser le patient à choisir et d'amener le patient à comprendre qu'il peut se libérer.

Le patient va alors évaluer la situation et prendre sa propre décision.

Suit une période de trois minutes pendant lesquelles le médecin va se taire pour permettre à l'inconscient du patient d'intégrer les mots du médecin.

Enfin le patient se réveille et le but est de conclure assez vite la consultation pour le laisser un peu sidéré par la séance.

(Annexe 6 : retranscription d'un exemple de séance)

II.6 Analyses des données

Les données ont été collectées dans un tableau Excel permettant le calcul d'une partie des résultats à savoir les moyennes, les médianes, les pourcentages et les écarts types. Les analyses statistiques des résultats ont été réalisées grâce au logiciel de biostatTGV. Un test de student a été effectué pour les variables quantitatives (continues) et un test de Khi2 ou exact de Fisher ont été réalisés pour les variables qualitatives (catégorielles). Le seuil de différence significative était de $p < 0,05$.

III. RESULTATS

Les numéros de 70 patients ayant bénéficié d'une séance d'hypnose ont été collectés dans les dossiers des patients.

Un numéro n'était plus attribué.

Deux patients ont refusé de répondre au questionnaire et quatre patients n'ont pas répondu au téléphone malgré au moins une vingtaine d'appels répétés pendant un mois.

Au total le questionnaire a pu être lu à 63 patients.

III.1 Critères socio-démographiques et modalités du tabagisme :

Tableau 1 : Critères socio-démographiques.

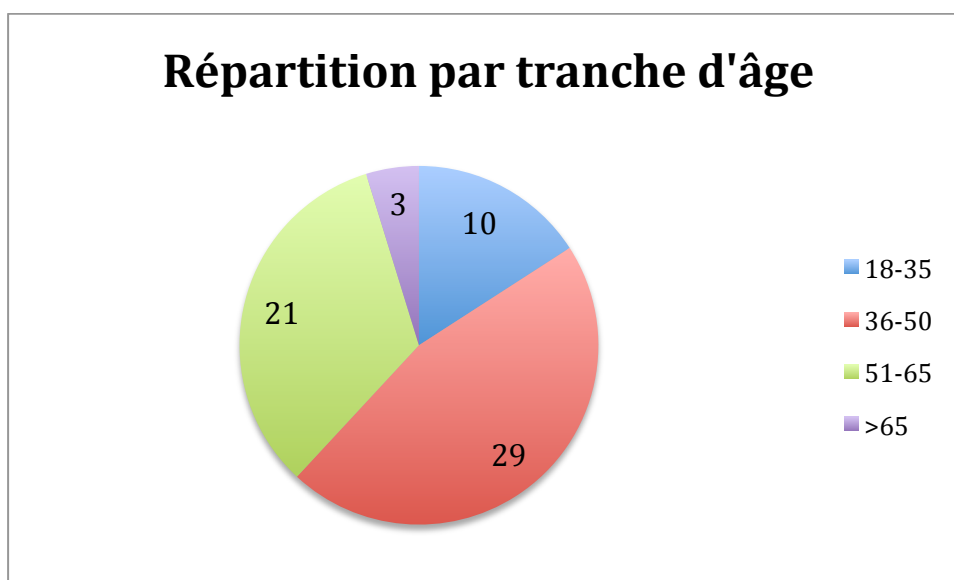
Critères socio-démographiques	
Âge moyen (écart type)	46,84 (10,95)
Sexe	
Homme (%)	19 (30%)
femme (%)	44(70%)
Catégorie professionnelle *	
agriculteur	0
sans emploi	3 (4,8%)
artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3 (4,8%)
cadres et professions supérieures	8 (12,7%)
professions intermédiaires	17 (27%)
employés	25 (39,7%)
ouvriers	3 (4,8%)
retraités	4 (6,3%)
Antécédents	
cardiovasculaires	19 (30,2%)
respiratoires	5 (7,9%)
anxiodépresseurs	35 (55,6%)

*Selon la nomenclature de l'INSEE de 1982, révisée en 2003.

Tableau 2 : Critères du tabagisme.

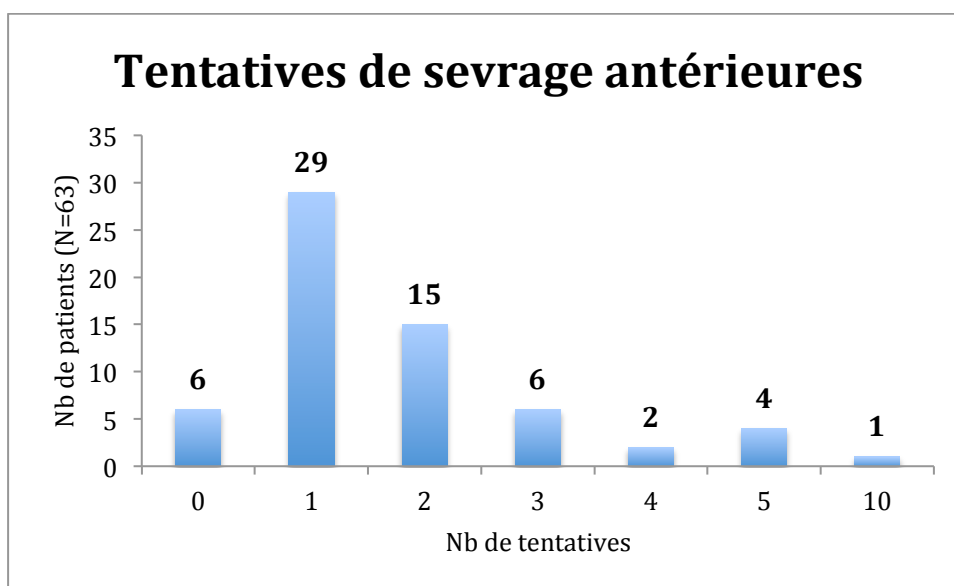
Critères du tabagisme :	moyenne (écart type)
Âge de début du tabagisme	16,7 ans (3,22)
Nombre de tentatives de sevrage	1,8 (1,62)
Quantité de cigarettes par jour	17,5 (7,43)
Tabagisme cumulé en paquet-année	23,5 (13,81)
Motivation	7,32 (1,78)
Fagertsröm	4,49 (2,29)
Nombre de séances d'hypnose moyen	1,4 (0,88)

Figure 7 : Répartition des 63 patients par tranche d'âge.



L'âge moyen était donc de 46,84 ans. Le patient le plus jeune avait 20 ans et le plus âgé 73 ans.

Figure 8 : Nombre de tentatives de sevrage antérieures.



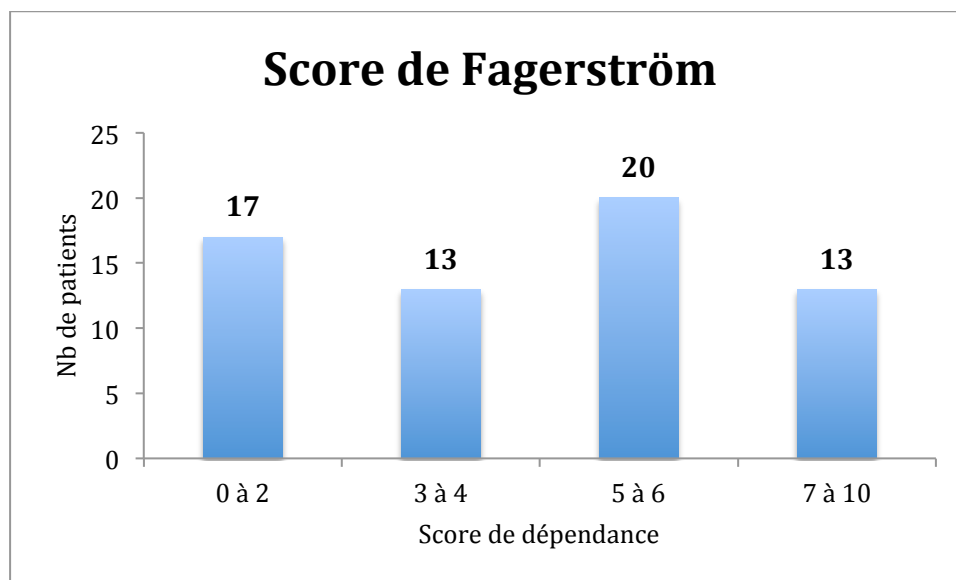
Les méthodes de sevrage utilisées le plus fréquemment par le passé étaient les patches pour 57,1 % des patients (IC₉₅ [44,9 ; 69,3]) et l'acupuncture pour 30,2% d'entre eux (IC₉₅ [18,9 ; 41,5]).

On retrouvait ensuite 11,1% (IC₉₅ [4,6 ; 21,6]) pour l'hypnose de même que pour le zyban et également pour la cigarette électronique.

Enfin seulement 3,2% (IC₉₅ [0,4 ; 11,0]) des patients avaient eu recours à une consultation avec un tabacologue.

A noter que plusieurs patients avaient essayé différentes méthodes et que les patients ayant déjà bénéficié d'une séance d'hypnose ne l'avaient pas réalisé avec le médecin de cette étude.

Figure 9 : Dépendance avant la séance.



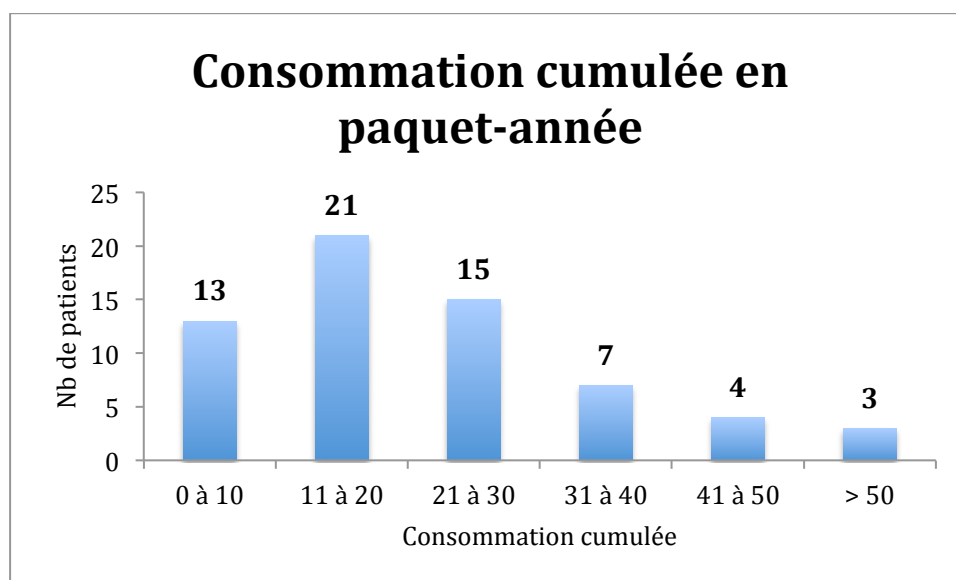
En ce qui concerne les scores de dépendance le jour de la séance d'hypnose, on trouvait 27% IC₉₅ [16,0 ; 38,0] des patients qui n'avaient pas de dépendance à la nicotine, 20,6% IC₉₅ [10,6 ; 30,6] des patients avaient une dépendance faible, 31,7 % IC₉₅ [20,3 ; 43,1] des patients une dépendance moyenne et 20,6% IC₉₅ [10,6 ; 30,6] une dépendance forte.

Tableau 3 : Score moyen de dépendance en fonction du sexe.

	Hommes	Femmes	t student
Fageström moyen (écart type)	5 (2,49)	4,27 (2,15)	p=0,28
Fagerström médian	5	4	

Pas de différence significative en terme de dépendance entre les hommes et les femmes de cette étude.

Figure 10 : Consommation cumulée.



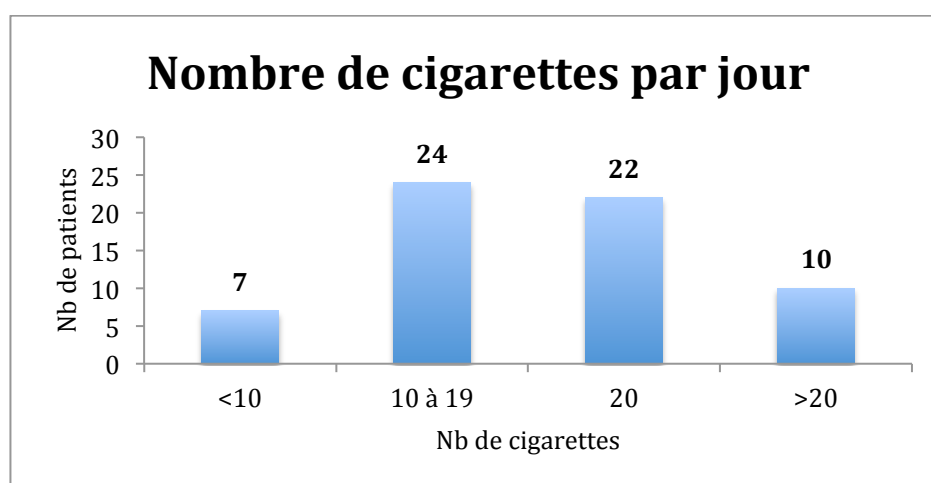
En terme de consommation tabagique cumulée on retrouvait 20,6% IC₉₅ [10,6 ; 30,6] des patients à 10 paquet-année ou moins, 33,3% IC₉₅ [21,7 ; 44,9] des patients entre 11 et 20 paquet-année, 23,8% IC₉₅ [13,2 ; 34,4] des patients entre 21 et 30 paquet-année, 11,1% IC₉₅ [4,6 ; 21,6] des patients entre 31 et 40 paquet-année, 6,3% IC₉₅ [1,76 ; 15,47] des patients entre 41 et 50 paquet-année et 4,8% IC₉₅ [1,0 ; 13,3] des patients à plus de 50 paquet-année.

Tableau 4 : Consommation cumulée en fonction du sexe.

Consommation en paquet-année	< ou = 20	21-40	>40	Total
Hommes	5 (26,3%)	9 (47,4%)	5 (26,3%)	19
Femmes	29 (65,9%)	13 (29,5%)	2 (4,5%)	44
Total	34 (54%)	22 (34,9%)	7 (11,1%)	63

p=0,0044 (test fisher exact). Il existe une différence significative en terme de consommation cumulée en fonction du sexe, elle est moins importante chez les femmes.

Figure 11 : Consommation quotidienne de cigarettes au moment de la séance d'hypnose.



La consommation de tabac en nombre de cigarettes par jour de l'échantillon de patients était répartie de la manière suivante : 11,1% IC₉₅ [4,6 ; 21,6] des patients fumaient moins de 10 cigarettes par jour, 38,1% IC₉₅ [26,2 ; 50,0] des patients entre 10 et 19 cigarettes par jour, 34,9 % IC₉₅ [23,1 ; 46,7] des patients 20 cigarettes par jour et 15,9% IC₉₅ [7,9 ; 27,3] des patients plus de 20 cigarettes par jour.

La quantité minimum était de 3 cigarettes par jour et la quantité maximum était de 40 cigarettes par jour, avec une moyenne à 17,5 cigarettes quotidiennes.

Tableau 5 : Consommation quotidienne de cigarettes selon le sexe.

Cigarettes par jour	< 20	> ou = 20	Total
Hommes	5	14	19
Femmes	25	19	44
Total	30	33	63

p=0,026 (test de Khi2). Il existe une différence significative en terme de consommation quotidienne en fonction du sexe. Les hommes fument plus de cigarettes par jour que les femmes.

En ce qui concerne les hommes de cette étude, 26,3% IC₉₅ [9,2 ; 51,2] consommaient moins d'un paquet de cigarettes par jour contre 73,7% IC₉₅ [48,8 ; 90,9] un paquet ou plus.

En ce qui concerne les femmes, 56,8% IC₉₅ [42,1 ; 71,5] d'entre elles consommaient moins d'un paquet par jour contre 43,2% IC₉₅ [28,5 ; 57,9] un paquet ou plus.

Tableau 6 : Moyen par lequel les patients se sont tournés vers l'hypnose.

	Effectifs	Proportion	IC ₉₅
Bouche à oreille	32	50,8%	[38,4 ; 63,2]
Conseil médical	21	33,3%	[21,7 ; 44,9]
Désir personnel, curiosité ou ancienne expérience d'hypnose	10	15,9%	[7,9 ; 27,3]

-Bénéfice de l'hypnose :

39 patients sur les 63 au total affirmaient avoir tiré un bénéfice de la séance d'hypnose qu'ils soient sevrés ou non. Ce qui correspond à 61,9% IC₉₅ [50,0 ; 73,8].

III.2 Critère de jugement principal :

La consommation de tabac à 3 mois de la séance d'hypnose :

A trois mois de la séance d'hypnose, 13 patients sur 63 n'avaient pas repris leur tabagisme soit 20,6% IC₉₅ [10,6 ; 30,6].

Tableau 7 : Description de la population des patients sevrés.

Hommes (n=3)	23,1%	IC ₉₅ [5,0 ; 53,8]
Femmes (n=10)	76,9%	IC ₉₅ [46,2 ; 95,0]
Fagerström moyen (écart type)	3,38 (1,98)	
Motivation moyenne (écart type)	7,65 (1,54)	
Age moyen (écart type)	41,7 (10,67)	
Age moyen début du tabagisme (écart type)	15,7 (2,55)	
Nb cigarettes par jour (écart type)	15,5 (9,11)	
Consommation cumulée (écart type)	19,38 (17,34)	
ATCD cardiovasculaires (n=3)	23,1%	IC ₉₅ [5,0 ; 53,8]
ATCD respiratoires (n=0)	0	
ATCD anxiodépressifs (n=8)	61,5%	IC ₉₅ [31,6 ; 86,1]
Nb de séances d'hypnose moyen (écart type)	1,54 (0,79)	
Symptômes de sevrage (n=4)	30,8%	IC ₉₅ [9,1 ; 61,4]
Amélioration après le sevrage (n=10)	76,9%	IC ₉₅ [46,2 ; 95,0]

Le patient le plus jeune avait 22 ans, le plus âgé 57 ans.

La principale crainte que pouvaient avoir ces patients en arrêtant le tabac était la peur de prendre du poids.

Huit patients sur treize avaient auparavant essayé une autre méthode pour se sevrer.

Aucun patient n'était sous traitement anxiolytique ou antidépresseur au moment de la séance.

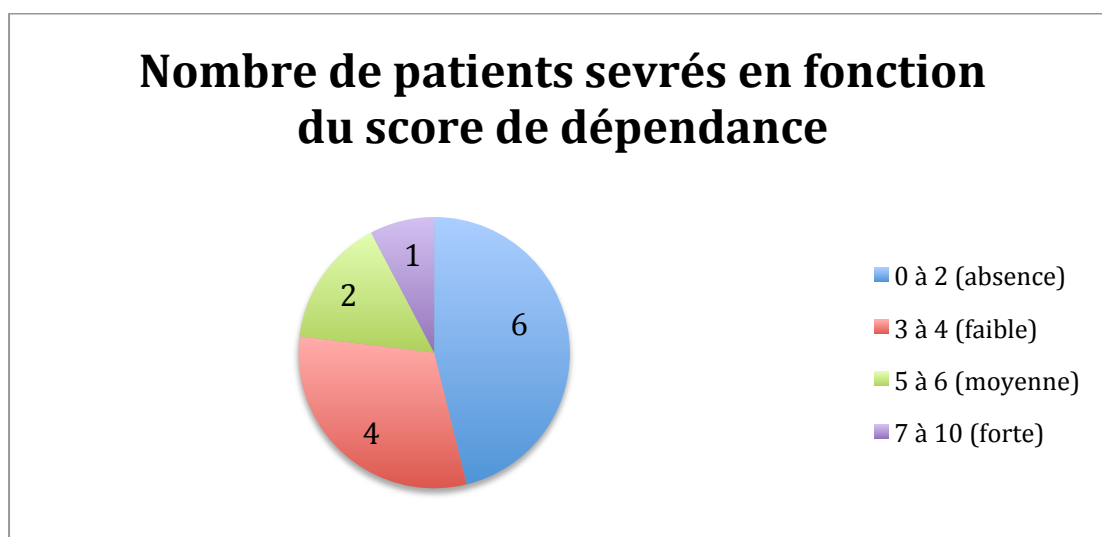
Dix de ces patients n'ont réalisé qu'une seule séance d'hypnose, un patient en a réalisé deux, un autre trois et un dernier cinq.

Six de ces patients s'étaient tournés vers l'hypnose par le bouche à oreille et sept suite à un conseil médical.

Les deux symptômes de sevrage principaux étaient une irritabilité ou des troubles du sommeil.

La principale amélioration décrite par certains de ces patients à l'arrêt du tabac était un meilleur souffle, puis un meilleur sommeil et un meilleur goût des aliments et pour une patiente une plus jolie peau.

Figure 12 : Sevrage à trois mois en fonction de la dépendance à la nicotine.



On avait 46,2 % IC₉₅ [19,2 ; 74,9] des patients sevrés qui n'étaient pas dépendants à la nicotine, 30,8% IC₉₅ [9,1; 61,4] avaient une dépendance faible, 15,4% IC₉₅ [1,9 ; 45,5] une dépendance moyenne et 7,7% IC₉₅ [0,2 ; 36,0] une dépendance forte.

III.3 Comparaison groupe sevrés versus non sevrés :

Tableau 8 : Comparaison du score de dépendance dans les deux groupes.

	Absence	Faible	Moyenne	Forte	Total
Sevrés	6	4	2	1	13
Non Sevrés	11	9	18	12	50
Total	17	13	20	13	63

p=0,14. (Test exact de Fisher)

Pas de différence significative de sevrage en fonction du score de dépendance initial.

Tableau 9 : Sevrage à trois mois en fonction de la consommation quotidienne de cigarettes.

	<10	10 à 19	20	>20	Total
Sevrés	4	5	3	1	13
Non Sevrés	3	19	19	9	50
Total	7	24	22	10	63

p=0,098. (Test exact de Fisher). Pas de différence significative en terme de sevrage en fonction du nombre de cigarettes par jour.

Tableau 10 : Sevrage à trois mois en fonction de la consommation cumulée en paquet-année.

	< ou = à 20	> 20	Total
Sevrés	8	5	13
Non Sevrés	26	24	50
Total	34	29	63

p=0,54 (test de Khi2). Pas de différence significative en fonction de la consommation cumulée.

Tableau 11 : Sevrage à trois mois en fonction du sexe.

	Homme	Femme	Total
Sevrés	3	10	13
Non Sevrés	16	34	50
Total	19	44	63

p=0,775 (test de Khi2 avec correction de Yates). Pas de différence significative de sevrage en fonction du sexe.

Tableau 12 : Sevrage à trois mois par tranche d'âge.

	18-35	36-50	51-65	>65	Total
Sevrés	4 (40%)	5 (17,2%)	4 (19%)	0	13
Non Sevrés	6 (60%)	24 (82,8%)	17 (81%)	3 (100%)	50
Total	10	29	21	3	63

$p=0,65$ (test exact de Fisher). Pas de différence significative de sevrage en fonction de l'âge.

Tableau 13 : Comparaison de la motivation sevrés versus non sevrés.

	Sevrés	Non sevrés	t student « normal »
Motivation moyenne (écart type)	7,65 (1,54)	7,23 (1,83)	$p=0,42$
médiane	8	7	

Pas de différence significative en terme de motivation entre les patients sevrés et non sevrés.

Tableau 14 : Comparaison du nombre de tentatives de sevrage.

	Sevrés	Non sevrés	t student
Tentatives de sevrage moyenne (écart type)	1,39 (0,92)	1,94 (1,74)	$p=0,14$
médiane	1	1	

Pas de différence significative de sevrage en fonction du nombre de tentatives de sevrage antérieures.

Tableau 15 : Comparaison de l'âge de début du tabagisme.

	Sevrés	Non sevrés	t student
Âge du début du tabagisme (écart type)	15,77 (2,55)	17 (3,33)	$p=0,17$
Âge médian	15	17	

Pas de différence significative en terme d'âge de début du tabagisme entre les patients sevrés et non sevrés.

III.4 Comparaison des critères secondaires chez les patients non sevrés :

Tableau 16 : Comparaison de la quantité de cigarettes chez les non sevrés entre avant et après la séance d'hypnose.

	Avant	Après	t student
Nbr moyen de cigarettes par jour chez patients non sevrés (N=50) (écart type)	17,84 (6,55)	15,61 (6,11)	$p=0,003$
médiane	20	15	

Il existe, chez les patients non sevrés une diminution significative du nombre de cigarettes quotidiennes entre avant la séance et trois mois plus tard.

Tableau 17 : Comparaison du nombre de cigarettes quotidiennes entre avant et après la séance d'hypnose, par tranche d'âge chez les patients non sevrés.

Tranches d'âge	Avant	Après	t student
18-35	19,58	13,3	p=0,15
36-50	17,17	15,79	P=0,13
51-65	20,35	17,47	p=0,09
>65	13,17	9,25	p=0,42

Pas de différence significative de consommation quotidienne de cigarettes chez les patients non sevrés en fonction de l'âge.

Tableau 18 : Comparaison du score de dépendance entre avant et après la séance d'hypnose chez les patients non sevrés.

	Avant	Après	t student « apparié »
Fagerström moyen (écart type)	4,78 (2,27)	4,32 (2,05)	P=0,01
Fagerström médian	5	4	

Diminution significative du score de dépendance chez les patients non sevrés entre avant la séance d'hypnose et trois mois plus tard.

Tableau 19 : Comparaison du score de Fagerström par tranches d'âge entre avant et après la séance chez les patients non sevrés.

Tranches d'âge	Avant	Après	t student
18-35	4	3	p=0,23
36-50	4,54	4,38	p=0,49
51-65	5,65	5,06	p=0,03
>65	3,33	2,33	p=0,42

Diminution significative du score de dépendance uniquement pour la tranche d'âge 51-65 ans.

On peut noter que sur les 50 patients non sevrés 21 étaient restés abstinents pendant au moins une journée, soit 42% IC₉₅ [28,3 ; 55,7].

On trouvait une moyenne de 15,3 jours d'arrêt avec une médiane à 7 jours.

Tableau 20 : Comparaison du nombre de cigarettes quotidiennes en fonction du sexe chez les patients non sevrés.

Nb moyen de cigarettes par jour	Avant	Après	t student
Hommes (écart type)	18,81 (6,81)	15,97 (6,39)	p=0,016
Femmes (écart type)	18,06 (6,55)	15,44 (5,97)	p=0,026

Il existe une diminution significative du nombre de cigarettes par jour entre avant la séance et trois mois plus tard chez les hommes et chez les femmes non sevrés.

IV. DISCUSSION :

IV.1 Forces et faiblesses de l'étude

Les séances d'hypnose ont été réalisées par le même médecin généraliste ce qui confère une certaine homogénéité à la technique hypnotique tout en sachant que l'hypnose ericksonienne s'adapte à la singularité de chaque patient. Il est donc impossible de réaliser une séance hypnotique strictement identique pour tous les patients, leur relation avec la cigarette leur étant propre.

L'investigateur rappelant les patients trois mois après la séance d'hypnose était différent du médecin hypnothérapeute permettant de s'affranchir du biais d'investigateur.

Le questionnaire lu au patient était standardisé et les questions toujours lues dans le même ordre donnant une certaine homogénéité au recueil des données.

Le fait de rappeler les patients trois mois après la séance a pu entraîner un biais de mémorisation surtout en ce qui concerne la durée sans aucune cigarette chez les patients non sevrés. Ainsi, il aurait été pertinent de leur demander de noter le jour exact de leur reprise du tabac. Cependant le délai de trois mois également bref a pu limiter ces approximations.

La taille de notre échantillon est plutôt intéressante si on la compare aux quelques thèses réalisées sur le même sujet (55,56). Dans la littérature, la taille des échantillons allait de 20 à 286 patients.

Il reste faible pour plusieurs raisons. Le médecin réalisant les séances d'hypnose n'a pas fait de cette discipline son activité principale et n'en fait pas la publicité. Il pratique l'hypnose depuis un peu plus de 5 ans seulement donc l'augmentation de sa pratique de l'hypnose pour le sevrage tabagique n'en est qu'à ses prémices.

Nous avons fait le choix de garder un seul médecin hypnothérapeute pour essayer au maximum de garder une homogénéité du protocole hypnotique.

Il est vrai qu'il aurait été plus pertinent de rappeler les patients à six mois mais notre échantillon a augmenté de taille grâce à un recrutement important de patients ayant bénéficié d'une séance plus récemment.

Enfin nous avons eu sept patients perdus de vue sur les soixante dix qui auraient pu répondre au questionnaire au total.

Il est difficile d'appliquer la rigueur classique des essais cliniques au domaine de l'hypnose. En effet, il n'existe pas de groupe placebo satisfaisant pour l'hypnose, le patient est forcément conscient de la technique utilisée pour son sevrage. D'autant plus qu'avec cette technique il est l'acteur de sa guérison.

Ce constat revient d'ailleurs dans la plupart des conclusions des études et explique le peu d'essais contrôlés, randomisés que l'on peut trouver dans la littérature (29). Leurs groupes contrôles pouvaient être des séances de relaxation, des substituts nicotiques, des patients sur liste d'attente ou encore une des techniques précédentes associée à l'hypnose.

De plus à notre échelle nous n'avons pas vérifié l'abstinence de nos patients scientifiquement, nous faisons confiance à leurs déclarations. Un dosage de la présence

de nicotine dans leur organisme ne nous était pas accessible facilement. Mais encore une fois ce critère n'était pas non plus présent dans le plupart des études.

IV.2 Analyse des résultats

Notre population ne pouvait être représentative de la population générale de fumeurs français pour plusieurs raisons.

Tout d'abord la population d'un seul cabinet de Médecine Générale d'Ile-de-France n'est pas représentative de l'ensemble de la population française.

L'hypnose dans le sevrage tabagique dans notre étude attirait plus les femmes alors que selon l'INPES les hommes sont plus nombreux que les femmes parmi la population française de fumeurs.

Notre population avait une consommation quotidienne de cigarette supérieure à celle de la population de fumeurs français (17,5 cigarettes par jour en moyenne contre 13,7) (57).

Enfin, le fait que les séances d'hypnose aient un certain coût peut être un frein au choix de cette technique. Ce qui peut paraître dérisoire quand on le compare à l'argent économisé après l'arrêt du tabac.

Il est presque impossible de savoir combien de patients se sont déjà tournés vers l'hypnose parmi la population des fumeurs français en quête de sevrage.

En ce qui concerne notre critère de jugement principal. Nous avons donc obtenu un sevrage à trois mois de la séance pour 20,6% des patients.

Dans notre étude, les patients sevrés n'avaient pas une motivation moindre que les non sevrés au moment de la séance d'hypnose. Ils n'avaient pas non plus effectué un nombre supérieur de tentatives de sevrage antérieures.

Il n'y avait pas de différence en terme de score de dépendance dans ces deux groupes, ni en ce qui concerne la consommation quotidienne de cigarette.

Le sevrage par hypnose ne serait donc pas lié à la dépendance à la nicotine ? D'ailleurs de nombreux hypnothérapeutes ne réalisent pas de Fagerström avant leur séance d'hypnose.

On ne retrouvait pas de différence significative de nombres de sevrage que ce soit en fonction du sexe ou de l'âge des patients.

Si on s'intéresse maintenant aux critères de jugement secondaires on trouve plusieurs résultats pertinents.

Nous avons cherché à savoir si malgré l'absence de sevrage l'hypnose avait pu avoir un quelconque effet chez les patients non sevrés.

Il existait une différence significative ($p=0,003$) dans ce groupe en terme de consommation de cigarettes quotidiennes. En effet cette dernière a diminué de manière significative, passant de 17,84 à 15,61 cigarettes par jour en moyenne (avec une médiane passant de 20 à 15).

L'hypnose pourrait donc entraîner une diminution du tabagisme et un pas de plus pour le patient vers un sevrage complet.

En découle forcément une diminution significative ($p=0,01$) du score de dépendance. La consommation de cigarettes quotidiennes étant un critère de définition de ce score. Il

est passé de 4,7 avant la séance d'hypnose à 4,3 trois mois plus tard (avec une médiane passant de 5 à 4).

Ceci pourrait devenir un argument intéressant pour renforcer l'envie d'un futur sevrage pour ces patients en leur montrant l'action positive qu'ils ont eu sur leur propre corps vis à vis de la nicotine.

IV.3 Comparaisons aux études et aux autres techniques de sevrage

Comme nous l'avons constaté précédemment, 20,6% des patients de cette étude étaient sevrés à trois mois de leur séance d'hypnose.

Nous avons rappelé plus tôt dans ce travail les taux de sevrage obtenus dans différentes études.

Même si se pose toujours le problème du peu de preuves scientifiques de l'efficacité de l'hypnose, notamment dans le domaine du tabagisme, ces études concluaient à des taux de sevrage à trois mois variant de 21 à 60 % et de 18 à 53% à six mois (29).

Une nouvelle revue de la littérature publiée en 2018 par la Cochrane Library s'est intéressée aux études comparant les substituts nicotiques au sens large à un groupe contrôle. Elle retrouvait une moyenne de sevrage à six mois de 16,9% tous substituts nicotiques confondus. (16,3% pour les gommes et 15,7% pour les patchs) (58).

En 2014, une méta analyse australienne s'intéressait à l'acupuncture et plus précisément à l'auriculothérapie dans le sevrage tabagique et ils retrouvaient des taux d'abstinence à trois mois entre 17,8 et 20% selon les études. Des résultats assez proches de notre taux d'abstinence (59).

Enfin les premiers résultats obtenus par les tabacologues de la ligne tabac info service, publiés en 2016, montraient un taux de sevrage de 32,4% chez les patients en tentative d'arrêt, supérieur à celui des études mentionnées ci-dessus. Néanmoins, il est à noter qu'il s'agissait de patients ne fumant plus depuis au moins 7 jours au moment du rappel à six mois, sans tenir compte des rechutes (60).

Pourquoi l'hypnose fonctionnerait elle mieux chez certains patients que chez d'autres ? La réponse à cette question pourrait faire l'objet d'un autre travail de thèse à lui seul.

Comme nous l'avons abordé auparavant, une des pistes principales serait l'hypnotisabilité des patients qui pourrait être un des facteurs prédictif de réussite de l'hypnose, que nous n'avons malheureusement pas évaluée ici (30,44,45).

Pour Erickson, tout patient est hypnotisable, si la thérapie ne fonctionne pas c'est que l'hypnothérapeute n'a pas employé la bonne approche.

Lorsqu'on interroge les patients pour savoir s'ils ont identifié un facteur à leur reprise du tabac, plusieurs nous rapportent un stress ou une anxiété que la cigarette apaise. Elle serait pour eux comme leur anxiolytique favori.

Certains patients exprimaient un sentiment d'inefficacité de la séance à l'origine de leur absence de sevrage. Pour d'autres encore la sensation de manque était trop forte ou ils avouaient trop aimer fumer. Enfin des patients considéraient le fait d'avoir un entourage fumeur comme étant un facteur déclencheur de leur rechute.

Enfin, bien que nous n'ayons pas réalisé une thèse qualitative sur notre sujet, le fait de rappeler des patients par téléphone pour un questionnaire leur permettait de s'exprimer librement en fin d'entretien, s'ils le souhaitaient.

Il nous semble intéressant d'évoquer certains des termes employés par ces derniers sans pour autant les interpréter.

En ce qui concerne les retours positifs de certaines séances d'hypnose nous retrouvons les termes « impressionnant », « euphorie », « bénéfice à distance mais sentiment d'un changement profond », « incroyable », « spectaculaire », « soulagée d'un poids », « osmose, bien être », « l'hypnose m'aide dans ma vie personnelle », « je refais de l'autohypnose devant les situations anxiogènes », « malgré l'absence de sevrage, impression de renforcement de la motivation pour un sevrage futur », « libération de l'esprit pendant la séance », « impression d'avoir été transportée ».

En ce qui concerne les retours un peu plus négatifs, plusieurs patients décrivaient « un manque de lâcher-prise », d'autres « un effet trop bref sur l'absence d'envie de fumer », « sentiment d'une séance de relaxation », « simple séance de sophrologie, pas de modification de l'état de conscience », « intimidant » et certains patients disaient « connaître trop bien leur médecin généraliste pour le voir comme hypnothérapeute ».

IV.4 Perspectives d'avenir

L'hypnose semble donc avoir un effet dans le sevrage tabagique sans que nous puissions établir un lien scientifique direct.

Les médecines complémentaires dont fait partie l'hypnose ne sont pas abordées de façon concrète comme outil de l'arsenal thérapeutique du médecin pendant les études de médecine en France. En effet, il existe un fossé entre formation théorique et pratique, notamment lorsqu'on touche aux problèmes de prise en charge d'addictions des patients et plus précisément la notion de sevrage tabagique. Pourtant l'HAS nous affirme que le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié mais le manque de formation dans ce domaine n'aide pas ce dernier à une prise en charge optimale de ses patients en quête de sevrage. Selon une étude de 2011, deux tiers des médecins généralistes abordent le problème du tabac avec leurs patients, c'est donc un sujet qui les préoccupe réellement (61).

Il semble pertinent de renforcer la formation des médecins généralistes à l'aide au sevrage tabagique ou même à l'entretien motivationnel. Ne pourrait-il pas être intéressant de proposer une introduction aux médecines complémentaires dès l'externat ou mieux de proposer des cours facultatifs aux étudiants intéressés ?

L'essor de l'hypnose ne fait que débiter en Médecine Générale et les patients sont de plus en plus ouverts aux médecines complémentaires.

Mais comme leur nom l'indique elles ne doivent pas se substituer à l'Evidence Based Medicine.

CONCLUSION :

L'hypnose intéresse de plus en plus de patients mais également de nombreux médecins notamment des généralistes. En effet le succès des différentes formations à cette discipline montre bien le nouvel engouement pour celle-ci et peut-être le besoin de combler les lacunes de certaines prises en charges.

Le tabac est depuis de nombreuses années un fléau que le corps médical cherche à combattre par tous les moyens. Avec presque 30 % de fumeurs parmi la population des 18-75 ans et 78 000 décès par an : la tâche est ardue mais nécessaire. L'Assurance Maladie ne néglige pas ce problème. En effet, elle assure un remboursement forfaitaire annuel de 150 euros annuels depuis 2007 et depuis cette année 2018, certains patchs et gommes sont même remboursés à 65 %, évitant l'avance des frais aux patients.

Nous cherchions donc à travers ce travail de thèse à appréhender le sevrage tabagique sous un regard moins conventionnel et s'éloignant légèrement de notre formation universitaire initiale.

Le médecin généraliste de par son rôle de premier recours et la relation de confiance qu'il instaure avec ses patients a une fonction clé dans l'accompagnement pour un sevrage tabagique. En effet plus que la technique utilisée c'est la qualité de cette relation qui est importante.

Dans cette étude il n'est pas possible de prouver scientifiquement que le nombre de patients sevrés à trois mois l'est uniquement grâce à l'hypnose mais nous sommes forcés de constater que ces patients ont, de leur propre chef, eu une démarche vers l'hypnose et que leur objectif à trois mois était atteint.

En revanche, il nous est permis de mettre en avant une diminution significative du nombre de cigarettes quotidiennes consommées chez les patients non sevrés. Ce résultat pourrait constituer un pas de plus vers un sevrage définitif en leur montrant qu'ils ont eu une action sur leur consommation et vers leur guérison.

Il est nécessaire de multiplier les études sur ce sujet afin de mettre en évidence l'efficacité de cette technique dans le sevrage tabagique.

Nous terminerons en citant la Haute Autorité de Santé « Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer : il existe toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac quel que soit l'âge : arrêter de fumer à 40 ans améliore l'espérance de vie de 7 ans, arrêter à 50 ans améliore l'espérance de vie de 4 ans, arrêter à 60 ans améliore l'espérance de vie de 3 ans ».

BIBLIOGRAPHIE :

1. BERTRAND A. Du Magnetisme Animal en France. L'harmattan; 1826. 265 p. (Encyclopédie psychologique; vol. 1).
2. JANET P. L'automatisme psychologique. 1889.
3. MEGGLE D. Erickson, hypnose et psychothérapie. Retz; 2005. 192 p.
4. BIOY A. Lexique Hypnose [Internet]. Institut Français d'Hypnose. [cité 18 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/hypnose/lexique-hypnose/>
5. WARK D. What we can do with hypnosis: a brief note. Am J Clin Hypn. juill 2008;51(1):29-36.
6. MUSELLEC H, BERNARD F. Etude prospective comparant l'hypnosédation et l'anesthésie générale pour la pose de dispositif intratubaire en ambulatoire. Ann Fr Anesth Réanimation. 2010;(29):889-96.
7. RAINERI François. L'hypnose en consultation de médecine générale libérale. juill 1997;supplément(49).
8. TERRAT J. Pratique de l'hypnose en médecine générale : enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France. Paris V Descartes; 2016.
9. CHEVALIER C, NGUYEN A, NOUGIER I, VILLEGIER P. Accompagner l'arrêt du tabac. Actual Pharm. mars 2015;54(544):6-11.
10. DAUTZENBERG B. Sevrage tabagique, mise au point sur la prise en charge actuelle et ses résultats. Bull Cancer (Paris). 2012;99(11):1007-1015.
11. Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de pratique de l'EPS. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. Haute Autorité de Santé; 2015.
12. Tabac et cigarette électronique - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 14 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/>
13. PASQUEREAU A. Tabac et e-cigarette : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du baromètre santé 2016. BEH. 2017;(12):214-22.
14. LEBARGY F, BECQUART L-A, PICAUVET B. Épidémiologie du tabagisme. Aide à l'arrêt du tabac. EMC - Médecine. avr 2005;2(2):171-90.
15. BONALDI S. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. BEH. 2016;(30-31):528-40.
16. THOMAS D. Bénéfices cardiovasculaires du sevrage tabagique. Presse Médicale. juin 2009;38(6):946-52.
17. BONALDI C. Estimation du poids du tabagisme dans le fardeau des maladies cardio-neuro-cérébro vasculaires en France. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. mars 2017;65:S9.

18. UNDERNER M, PERRIOT J, PEIFFER G. Sevrage tabagique du fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive. *Rev Mal Respir.* déc 2014;31(10):937-60.
19. Tabac - La législation antitabac en France [Internet]. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation.asp>
20. UNDERNER M. Prise en charge du tabagisme. 2014. 6:320-34.
21. ABDUL-KADER J, AIRAGNES G, D'ALMEIDA S, LIMOSIN F, LE FAOU A-L. Les outils du sevrage tabagique en 2018. *Rev Pneumol Clin* [Internet]. avr 2018 [cité 22 mai 2018]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0761841718300464>
22. Haute Autorité de Santé - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. [cité 29 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
23. WHITE AR, RAMPES H, LIU JP, STEAD LF, CAMPBELL J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 23 janv 2014 [cité 24 mai 2018]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000009.pub4>
24. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
25. PROCHASK J, DICLEMENTE C. Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390-5.
26. MILER WR, ROLLNICK S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. InterEditions; 2013. 434 p.
27. LORENZO A, NOEL F, LORENZO M, VAN DEN BROUCKE J. Intérêt de la spirométrie en médecine générale pour la motivation au sevrage tabagique. Étude pilote de faisabilité et intérêt de l'« âge pulmonaire ». *Rev Mal Respir.* sept 2017;34(7):734-41.
28. BUNGE L, BARUCH D, PLANTIER L, MAZARS T, ROCHE N, IZADIFAR A. Étude de faisabilité de la spirométrie en médecine générale. *Rev Mal Respir.* mars 2018;35(3):238-48.
29. BARNES J, DONG CY, MCROBBIE H, WALKER N, MEHTA M, STEAD LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 6 oct 2010;(10):CD001008.
30. SPIEGEL D, FRISCHHOLZ EJ, FLEISS JL, SPIEGEL H. Predictors of smoking abstinence following a single-session restructuring intervention with self-hypnosis. *Am J Psychiatry.* juill 1993;150(7):1090-7.
31. WILLIAMS JM, HALL DW. Use of single session hypnosis for smoking cessation. *Addict Behav.* 1988;13(2):205-8.
32. BARKLEY RA, HASTINGS JE, JACKSON TL. The effects of rapid smoking and hypnosis in the treatment of smoking behavior. *Int J Clin Exp Hypn.* janv 1977;25(1):7-17.

33. HYMAN GJ, STANLEY RO. Treatment effectiveness of hypnosis and behaviour therapy in smoking cessation : a methodological refinement. *Addict Behav.* 1986;11:355-65.
34. LAMBE R, OSIER C, FRANKS P. A randomized controlled trial of hypnotherapy for smoking cessation. *J Fam Pract.* janv 1986;22(1):61-5.
35. RABKIN SW, BOYKO E, SHANE F, KAUFERT J. A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behaviour modification, health education or hypnosis. *Addict Behav.* 1984;9(2):157-73.
36. 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.
37. PEDERSON LL, SCRIMGEOUR WG, LEFCOE NM. Variables of hypnosis which are related to success in a smoking withdrawal program. *Int J Clin Exp Hypn.* janv 1979;27(1):14-20.
38. PEDERSON LL, SCRIMGEOUR WG, LEFCOE NM. Comparison of hypnosis plus counseling, counseling alone, and hypnosis alone in a community service smoking withdrawal program. *J Consult Clin Psychol.* déc 1975;43(6):920.
39. PEDERSON LL, SCRIMGEOUR WG, LEFCOE NM. Incorporation of rapid smoking in a community service smoking withdrawal program. *Int J Addict.* juill 1980;15(5):615-29.
40. 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.
41. DICKSON-SPILLMANN M, HAUG S, SCHAUB MP. Group hypnosis vs. relaxation for smoking cessation in adults: a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 23 déc 2013;13:1227.
42. 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.* févr 2014;22(1):1-8.
43. CARMODY TP, DUNCAN CL, SOLKOWITZ SN, HUGGINS J, SIMON JA. Hypnosis for Smoking Relapse Prevention: A Randomized Trial. *Am J Clin Hypn.* oct 2017;60(2):159-71.
44. BAER L, CAREY RJ, MEMINGER SR. Hypnosis for smoking cessation: a clinical follow-up. *Int J Psychosom Off Publ Int Psychosom Inst.* 1986;33(3):13-6.
45. BARABASZ A, SHEEHAN D, BAER L. A three follow-up of hypnosis and restricted environmental stimulation therapy for smoking. *Int J Clin Exp Hypn.* 1986;26(3):169-81.
46. SCHUBERT DK. Comparison of hypnotherapy with systematic relaxation in the treatment of cigarette habituation. *J Clin Psychol.* mars 1983;39(2):198-202.
47. AGEE LL. Treatment procedures using hypnosis in smoking cessation programs: a review of the literature. *J Am Soc Psychosom Dent Med.* 1983;30(4):111-26.

48. GLICKMAN-SIMON R, SAVASTA S. Acupuncture for acute stroke, peppermint oil for irritable bowel syndrome, yoga for depression and anxiety, hypnotherapy for smoking cessation, and lime juice for sickle cell anemia. *Explore N Y N*. août 2014;10(4):261-4.
49. JACOT SADOWSKI I, RUFFIEUX C, CORNUZ J. Self-reported smoking cessation activities among Swiss primary care physicians. *BMC Fam Pract*. 25 mars 2009;10:22.
50. SOOD A, EBBERT JO, SOOD R, STEVENS SR. Complementary treatments for tobacco cessation: a survey. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. déc 2006;8(6):767-71.
51. MARQUES-VIDAL P, MELICH-CERVEIRA J, PACCAUD F, WAEBER G, VOLLENWEIDER P, CORNUZ J. High expectation in non-evidence-based smoking cessation interventions among smokers--the CoLaus study. *Prev Med*. avr 2011;52(3-4):258-61.
52. BASTIEN SA, KESSLER M. Hypnotic Treatment of Smoking. ERIC. [Summary of Research at The Annual Convention of the American Psychological Association, Anaheim CA, August 26-30] 1983; Vol. ED240439: 22.
53. STANTON HE. A one-session hypnotic approach to modifying smoking behavior. *Int J Clin Expr Hypn*. 1978;26(1):22-9.
54. BENHAIEM J-M. Pour tous ceux qui n'y arrivent pas...Oubliez le tabac! par l'hypnose. Albin Michel; 2005. 256 p.
55. MONTEIRO L. Etude pilote évaluant l'efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique. Rennes 1;
56. AIM P. Hypnose et arrêt du tabagisme. Aspects théoriques. Résultats d'une étude pilote. Elaboration d'un protocole d'étude. [Nancy]: Henri Poincarre; 2009.
57. BECK F, GUIGNARD R, RICHARD J-B, WILQUIN J-L, PERETTI-WATEL P. Premiers résultats du baromètre santé 2010 Evolutions récentes du tabagisme en France. *Inst Natl Prév D'Education Pour Santé*. 2010;10.
58. HARTMANN-BOYCE J, CHEPKIN S. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation (Review). 2018;176.
59. DI YM, MAY BH, ZHANG AL, ZHOU IW, WORSNOP C, XUE CCL. A meta-analysis of ear-acupuncture, ear-acupressure and auriculotherapy for cigarette smoking cessation. *Drug Alcohol Depend*. sept 2014;142:14-23.
60. PASQUEREAU A. Efficacité à six mois de l'aide au sevrage de la ligne téléphonique tabac info service (39 89). [Internet]. 2016 [cité 18 juin 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/pdf/2016_30-31_9.pdf
61. BECK F, GUIGNARD R, OBRADOVIC I, GAUTIER A, KARILA L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. oct 2011;59(5):285-94.
62. ROARK JB. An Investigation of Taiwanese Norms for the Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C (Mandarin Chinese Translation)–SHSS: C (MCT). Washington State University; 2009.

LISTE DES ILLUSTRATIONS :

- Figure 1** : Substances cancérigènes connues.
- Figure 2** : Physiopathologie de la dépendance nicotinique.
- Figure 3** : Signes cliniques du sevrage tabagique et conseils à prodiguer.
- Figure 4** : Répartitions des décès par cancer attribuables au tabac selon BEH de 2013.
- Figure 5** : Différentes formes de substituts nicotiques en France.
- Figure 6** : Outils de sevrage en 2018.
- Figure 7** : Répartition des 63 patients par tranche d'âge.
- Figure 8** : Nombre de tentatives de sevrage antérieures.
- Figure 9** : Dépendance avant la séance.
- Figure 10** : Consommation cumulée.
- Figure 11** : Consommation quotidienne de cigarettes au moment de la séance d'hypnose.
- Figure 12** : Sevrage à trois mois en fonction de la dépendance à la nicotine.

- Tableau 1** : Critères socio-démographiques.
- Tableau 2** : Critères du tabagisme.
- Tableau 3** : Score moyen de dépendance en fonction du sexe.
- Tableau 4** : Consommation cumulée en fonction du sexe.
- Tableau 5** : Consommation quotidienne de cigarettes en fonction du sexe.
- Tableau 6** : Moyen par lequel les patients se sont tournés vers l'hypnose.
- Tableau 7** : Description de la population des patients sevrés.
- Tableau 8** : Comparaison du score de dépendance dans les deux groupes.
- Tableau 9** : Sevrage à trois mois en fonction de la consommation quotidienne de cigarettes.
- Tableau 10** : Sevrage à trois mois en fonction de la consommation cumulée en paquet-année.
- Tableau 11** : Sevrage à trois mois en fonction du sexe.
- Tableau 12** : Sevrage à trois mois par tranche d'âge.
- Tableau 13** : Comparaison de la motivation sevrés versus non sevrés.
- Tableau 14** : Comparaison du nombre de tentatives de sevrage.
- Tableau 15** : Comparaison de l'âge de début du tabagisme.
- Tableau 16** : Comparaison de la quantité de cigarettes chez les patients non sevrés entre avant et après la séance d'hypnose.
- Tableau 17** : Comparaison du nombre de cigarettes quotidiennes entre avant et après la séance d'hypnose par tranche d'âge chez les patients non sevrés.
- Tableau 18** : Comparaison du score de dépendance entre avant et après la séance d'hypnose chez les patients non sevrés.
- Tableau 19** : Comparaison du score de Fagerström par tranche d'âge entre avant et après la séance chez les patients non sevrés.
- Tableau 20** : Comparaison du nombre de cigarettes quotidiennes en fonction du sexe chez les patients non sevrés.

ANNEXES :

Annexe 1 :

DSM-5 pour l'addiction :

ADDICTION À UNE SUBSTANCE : CRITÈRES DSM-5		
<i>Les questions suivantes reprennent les critères d'addiction à une substance selon le DSM-5 (alcool, tabac, cannabis, opiacés, cocaïne ...). Ces questions se rapportent à l'utilisation d'une seule et même substance sur une période de 12 mois. Un score de gravité peut-être calculé en fonction du nombre de symptômes présents.</i>		
L'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :	Non	Oui
1 - La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu		
2 - Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance		
3 - Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets		
4 - Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance		
5 - L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison		
6 - Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance		
7 - Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance		
8 - Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux		
9 - L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance		
10 - Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance		
11 - Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : - syndrome de sevrage caractérisé à la substance - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.		

Cotation : attribuer 1 point en cas de réponse « oui ». Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items.

Score < 2 : Absence d'addiction

Score de 2 à 3 : Addiction légère

Score de 4 à 5 : Addiction modérée

Score ≥ 6 : Addiction sévère



Annexe 2 :

Questionnaire de Fagerström (selon le site de tabac info service) :

ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE À LA NICOTINE : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total		

DE FAÇON GÉNÉRALE, VOICI COMMENT INTERPRÉTER LE SCORE OBTENU PAR VOTRE PATIENT :

SCORE DE 0 À 2 :

Le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotinique. Si toutefois le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui apporter des conseils utiles de type comportementaux (jeter les cendriers, boire un verre d'eau...). Vous pouvez également lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89.

SCORE DE 3 À 4 :

Le sujet est faiblement dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à un substitut nicotinique. En cas de manque ou de difficultés passagères (irritabilité, manque, envie très forte...) vous pouvez éventuellement lui conseiller de prendre un substitut nicotinique par voie orale (comprimé à sucer, gomme à mâcher, comprimé sublingual...). Si le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89 pour recevoir des conseils et du soutien.

SCORE DE 5 À 6 :

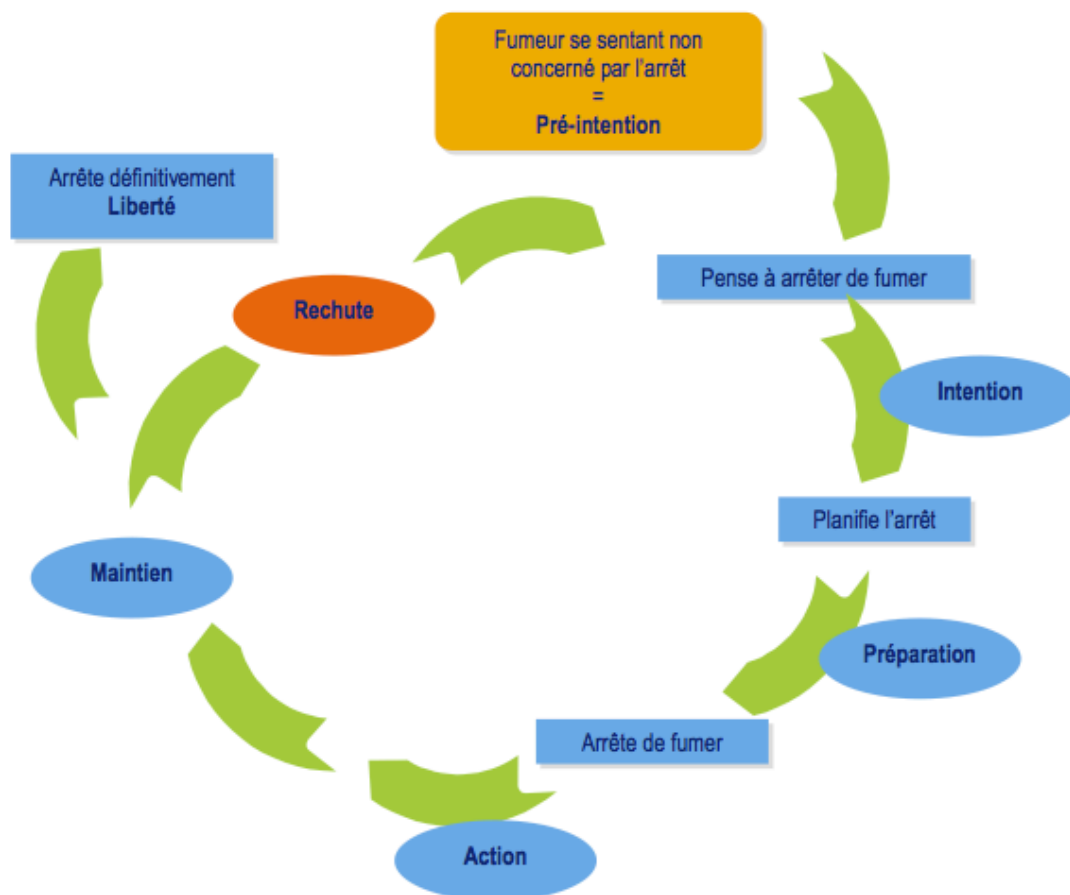
Le sujet est moyennement dépendant. L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotinique va augmenter ses chances de réussite. Vos conseils seront utiles pour l'aider à choisir la galénique la plus adaptée à son cas.

SCORE DE 7 À 10 :

Le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (traitement nicotinique de substitution ou bupropion LP ou varenicline). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

Annexe 3 :

Modèle de Prochaska et DiClemente :



¹ Références : Prochaska *et coll.*, 1992 ; Prochaska *et coll.*, 1997.

Annexe 4 :

Echelle de Stanford de Weitzenhoffer et Hilgard (1959) : (62)

Items	In order to pass participants were required to:
1. Hand Lowering	Lower their hand at least 6 inches within 10 seconds
2. Moving Hands Apart	Move their hands apart at least 6 inches within 10 seconds
3. Mosquito Hallucination	Grimace, make movement, or in any way acknowledge the effect of the mosquito
4. Taste Hallucination	Report experiencing both sweet and sour tastes and either show overt signs of that experience or report the taste as being strong
5. Arm Rigidity	Bend their arm less than 2 inches in 10 seconds
6. Dream	Have an experience similar to a dream (not simply vague, fleeting experiences, or just ideas without any imagery)
7. Age Regression	Demonstrate a clear change in handwriting
8. Arm Immobilization	Refrain from raising their arm more than 1 inch in 10 seconds
9. Anosmia to Ammonia	Deny smelling ammonia, or show no overt signs
10. Hallucinated Voice	Answer realistically to the voice, or give evidence of having hallucinated answers
11. Negative Visual Hallucination	Hallucinate the absence of a box
12. Amnesia	Be unable to recall more than 3 items prior to removal of the suggestion for amnesia

Annexe 5 :

Questionnaire patient :

Données recueillies par le médecin hypnothérapeute avant la séance d'hypnose et retranscrite dans le dossier médical du patient :

- 1) Age.
- 2) Genre.
- 3) Profession.
- 4) Age de début du tabagisme.
- 5) Motivation de 0 à 10 avant la séance.
- 6) Coût du tabac.
- 7) Apports du tabac.
- 8) Nombre de cigarettes par jour.
- 9) Consommation cumulée en PA.
- 10) Fagertröm au moment de la séance.

Questions lues aux patients par téléphone par le médecin investigateur trois mois après la séance :

- 1) Avez-vous utilisé d'autres traitements auparavant pour un sevrage tabagique : Patch, gomme, acupuncture... ?
- 2) Combien de tentatives antérieures de sevrage avez-vous réalisées ?
- 3) Avez-vous des antécédents cardiovasculaires, anxiodépressif ou une pathologie respiratoire ? Si oui lesquels ?
- 4) Prenez-vous un traitement médicamenteux (notamment antidépresseurs/anxiolytiques) ? Lequel ? Le prenez-vous au moment de la séance d'hypnose ?
- 5) Trois mois après la première séance d'hypnose où en étiez-vous de votre consommation de tabac ?
- 6) Pendant combien de temps avez-vous réussi à ne fumer aucune cigarette par jour ?
- 7) (Si reprise du tabac) Combien de cigarette par jour consommez-vous à la reprise du tabac? Combien en consommez-vous aujourd'hui ?

- 8) Avez-vous identifié un facteur à l'origine de cette reprise du tabac ?
- 9) Quels étaient les éventuels symptômes de sevrage que vous avez ressenti ? (anxiété, énervement/irritabilité, faim, envie de fumer/manque, trouble de concentration ?)
- 10) Au bout de combien de temps les symptômes de sevrage ont-ils disparu ?
- 11) Combien de séance d'hypnose avez-vous réalisées ?
- 12) Comment vous êtes-vous tourné vers l'hypnose ? (Bouche à oreille, conseil médical, échec technique antérieure, etc)
- 13) Quelles raisons vous ont donné l'envie de vous sevrer ? (Coût ? Pression de l'entourage ? Peur pour votre santé ?...)
- 14) Quelles craintes pouviez-vous avoir en arrêtant le tabac ? (Prise pondérale ? irritabilité ?)
- 15) Quelles améliorations notables avez-vous ressenti à l'arrêt ou à la diminution du tabac ? (Souffle ? crachats ? goût ? odeur de tabac ? budget ? Retour entourage ?)
- 16) Quel bénéfice avez-vous tiré de l'hypnose ? (même en dehors du sevrage tabagique)
- 17) Comment avez-vous ressenti la séance ? Etait-elle confortable ? Vous sentiez-vous en confiance ?
- 18) Réalisation d'un nouveau score de Fagerström si le patient avait repris un tabagisme.

Annexe 6 :

Retranscription d'une séance d'hypnose pour un sevrage tabagique :

« Il y a deux chaises, c'est les même, je les ai achetées au même moment et au même endroit et je ne sais pas pourquoi il y en a une des deux qui vous plait plus que l'autre. Je vous demande de choisir celle qui vous plait le plus. Vous n'avez pas envie de changer, parce qu'il y en a qui changent.

On va travailler avec les mains...parce que les mains c'est facile...d'accord...le but de l'hypnose numéro un...c'est quelque chose de confortable, un moment qui fait du bien...et un moment où on va laisser notre cerveau s'ouvrir, penser. Donc vous n'allez pas dormir...par contre vous allez penser à beaucoup de chose et ressentir des choses...et c'est ça que l'on cherche aujourd'hui, d'accord ?

Donc on va partir sur cette base-là, et ne vous étonnez pas si vous vous dites je pense à pleins de choses et ce n'est pas pour autant que ça n'est pas de l'hypnose.

Ça c'est important.

On va travailler avec les mains. Tout à l'heure on a calculé...je vous ai demandé votre échelle de motivation...on a calculé l'échelle de Fagerström.

Je vais vous demander aujourd'hui...On a fait plein de trucs scientifiques, j'ai envie de dire, on va faire quelque chose qui est purement du ressenti. Ce que vous vous ressentez, c'est à dire votre difficulté à vous débarrasser aujourd'hui du tabac, d'accord ? C'est à dire pour écraser, pour repousser le tabac, d'un point de vue conscient et inconscient, ce que vous ressentez comme effort à fournir.

Si on met par exemple les mains ici, *(le thérapeute met les mains au niveau du ventre)* j'ai envie de dire c'est effort qui est très facile, si on met les mains là *(le thérapeute place ses mains devant son visage)* c'est un effort moyen, ici intense et là très intense *(le thérapeute monte progressivement les mains jusqu'à tendre les bras au ciel)*.

Vous votre ressenti immédiat...vous placeriez vos mains à quel niveau ?

Quelque chose d'assez difficile c'est ça ? *(le patient place ses mains au-dessus de sa tête)*

Donc quelque chose d'assez compliqué, ici.

En toute logique, puisqu'on va faire du logique. Cela veut dire que si les mains sont ici et quelles descendent jusqu'aux cuisses, au cuisse c'est zéro, c'est à dire que quand elles touchent les cuisses c'est fini. C'est logique? Jusque-là vous me suivez.

Avant de commencer est-ce que vous avez votre dernier paquet de cigarettes. (Non, elle a fumé la dernière plus tôt dans la journée)

Il ne reste rien du tout avec vous. Ok

On place les mains ? C'est cette hauteur à peu près ? (au-dessus de la tête)

Il faut être honnête avec vous-même, c'est juste ça. C'est au-dessus de vous.

Je vais vous demander de fermer les yeux alors, puis de prendre une grande respiration par le nez et souffler profondément par la bouche, super. Vous pouvez encore faire une nouvelle respiration, si vous le désirez...par le nez et souffler profondément par la bouche.

Pendant que le corps commence à être confortable, je vous demande de bien faire attention à ce pied là...et ce pied ci...pour bien sentir l'appui sur le sol et ressentir l'appui des cuisses et du dos sur la chaise. *(le thérapeute parle sur les phases d'expiration de la patiente de plus en plus lentement)*

Et je vais vous demander de réévaluer la position de vos mains par rapport à ce que vous ressentez comme véritable difficulté.

Vous pensez que c'est bien là?

Quand vous pensez que vous avez les mains bien positionnées je vais vous demander de rouvrir les yeux une seconde ou deux pour bien les regarder et refermer les yeux et repartir encore plus loin, voilà vous repartez bien dans votre concentration, dans votre

relaxation, pendant que vous ressentez tout ceci, le ventre se relâche confortablement, très bien, profitez du courant d'air, un petit peu, avec cette belle chaleur, et surtout maintenant ne vous étonnez pas si le rythme cardiaque ou la respiration changent.

Alors doucement et confortablement vous allez pouvoir sentir ce qui se passe dans cette main droite...et vous ressentez des choses...dans cette main gauche.

De façon mécanique, automatique, confortable et efficace, les mains vont commencer à descendre par petits crans.

Parce que chaque petit cran, les mains pressent, écrasent et broient le tabac. À chaque mouvement, progressivement et tout en confort, les mains pressent, écrasent et broient le tabac. Parce que votre cerveau...maintenant...à partir de toutes ses données, de toutes ses réflexions que l'on a eues moi et vous, tout ce que vous avez pu expliquer, décrire...grâce à tout ceci pour protéger et soigner ce corps...votre cerveau travaille de façon efficace, confortable et automatique.

Et vous pouvez maintenant ressentir, observer de façon évidente et logique ces mains, cette main-ci et cette main-là qui descend pour presser, écraser et broyer le tabac.

Elles pressent, elles écrasent et elles broient le tabac, elles pressent, elles écrasent et elles broient le tabac...très bien.

Maintenant que vous êtes dans cet acte de guérison, de soin, vous pouvez ressentir toutes ces sensations qui fluctuent dans tout le corps, et chacune des mains vient apporter le soin dont vous avez besoin maintenant

Parce que ce changement qui s'opère profondément en vous est voulu et nécessaire pour maintenant et la semaine prochaine et toutes les années qui suivent.

Alors que le travail se fait confortablement et automatiquement je voudrais vous poser cette question, avec tout ce que vous avez exprimé tout à l'heure sur le tabac, sur tout ce que ça vous coûte et généralement on le sait, c'est l'argent, c'est la santé et c'est cette perte de liberté aussi qui vous pèse et qui vous coûte et pourtant il y a toujours de bonnes raisons encore à fumer, le goût, la tête qui tourne, le transit qui va mieux.

Alors maintenant pendant que les mains vous soignent je vais vous poser à vous directement cette question Etes-vous prête à payer le prix du tabac ? (*la patiente secoue la tête négativement*) Etes-vous prête à payer le prix du tabac ? (*la patiente secoue la tête négativement*) Etes-vous prête à payer le prix du tabac ? (*la patiente secoue toujours la tête négativement*)

Cette décision vous est personnelle et propre, parce que c'est votre liberté et c'est votre choix.

Ce ne sont pas les autres, les bienpensants, les donneurs de conseils qui vont influencer votre décision.

C'est votre choix propre, personnel, profond et vrai pour votre bien. Vous pouvez maintenant continuer à observer ce travail de vos mains qui prennent soin de vous, qui prennent soin de vous tranquillement.

Je vais vous demandez de ressentir maintenant ce qui se passe entre la main droite et la main gauche. Si une des deux mains peut venir spontanément s'orienter vers le corps...souvent...souvent, ça n'est pas obligé, le ventre ou le cœur, pour venir apporter tout le soin nécessaire à votre corps, tandis que l'autre main va continuer de presser, de broyer et d'écraser le tabac, elle continue, elle presse, elle écrase et elle broie le tabac, elle presse, elle écrase et elle broie le tabac, très bien, très très bien, continuez comme ça.

C'est parfait comme ça, continuez, confortable, efficace et automatique et laissez doucement cette main-là venir prendre soin de vous.

Pendant que vous profitez de tout ce qui se passe dans cet échange, cette autre main continue de descendre automatiquement et mécaniquement vers la cuisse pour venir terminer et compléter ce travail. (*La main gauche de la patiente est venue se poser sur son*

ventre alors que la main droite continue de descendre jusqu'à se poser très lentement sur la cuisse droite)

Profitez, je vais vous inviter à profiter de ce souffle et de cette guérison.

Pendant environ peut être deux minutes, et pendant tout ce temps vous allez avoir tout le temps du monde pour profiter de tout ce qui se passe et de penser à tout ce qui vous fait du bien.

Ensuite, si vous le voulez bien, je vous reparlerai. *(silence pendant deux minutes)*

Soignez vous bien, prenez bien soin de vous maintenant, demain et tous ces jours qui suivent.

Et comme vous prenez bien soin de vous alors demain en faisant votre toilette peut être ou à tout autre moment, je ne sais pas, vous allez pouvoir observer un phénomène ou un événement qui va vous surprendre et qui va probablement vous faire plaisir...alors je vous invite tout simplement à en profiter.

Tandis que vous profitez de tout ce confort qui règne dans le corps, de toute cette énergie que cette main transmet.

Et toute cette réussite de cette autre main, alors je vais compter de 10 jusqu'à 1, quand j'arriverai à 1 je vais vous inviter à revenir ici avec moi dans la pièce vous pourrez vous étirer grandement comme si vous sortiez d'un profond sommeil très récupérateur.

Nous sommes à 10, et à 9 nous sommes à 8 et je vous invite à abandonner dans cette hypnose ce que vous souhaitez oublier, de ne ramener avec vous que le principal et ce qui vous semble utile et efficace.

Nous sommes à 7...et à 6, vous vous rechargez complètement, partout, pour prendre soin de tout ce corps.

Nous sommes à 5, vous prenez soin de vous entièrement, complètement, à 4 et à 3 faites vous encore du bien.

A deux et à un, je vous invite doucement à revenir, on s'étire à fond *(Tout le monde s'étire profondément en baillant)* Très très bien.

Bonjour...super...très très bien. Très beau travail. »

RESUME

Titre :

Effet de l'hypnose dans le but d'un sevrage tabagique à trois mois d'une séance d'hypnose en cabinet de Médecine Générale.

Résumé :

Introduction : L'hypnose est de plus en plus pratiquée en Médecine Générale. Est-elle un outil intéressant pour le sevrage tabagique ? *Méthodes* : Nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle sur une série de cas de patients ayant bénéficié d'une séance d'hypnose auprès d'un médecin généraliste, dans un but de sevrage tabagique. Les patients répondaient à un questionnaire trois mois après leur séance d'hypnose. *Résultats* : sur un échantillon initial de 70 patients, 63 ont répondu au questionnaire. La moyenne d'âge était de 46,84 ans (écart type (ET) de 10,95), 30% des patients étaient des hommes. En moyenne le début du tabagisme était à 16,7 ans (ET 3,22), le nombre de tentatives de sevrage antérieures étaient de 1,8 (ET 1,62), le nombre de cigarettes quotidiennes à 17,5 (ET 7,43), le tabagisme cumulé à 23,5 paquet-année (ET 13,8), une motivation au sevrage à 7,32 (ET 1,78), un score de Fagerström à 4,49 (ET 2,29) et un nombre de séances d'hypnose total à 1,4 (ET 0,88).

Le nombre de patients sevrés à trois mois était de 13 sur 63, soit 20,6% IC₉₅ [10,6 ; 30,6], cette population de patients se composait d'hommes à 23,1% IC₉₅ [5,0 ; 53,8], l'âge moyen était de 41,7 ans (ET 10,67), le Fagerström était de 3,38 (ET 1,98), la motivation à 7,65 (ET 1,54), le nombre de cigarettes quotidiennes à 15,5 (ET 9,11) et 76,9 % IC₉₅ [46,2 ; 95,0] des patients ont ressenti une amélioration après leur sevrage.

Il n'existe pas de différence significative entre hommes et femmes en ce qui concerne le score de dépendance ($p=0,28$), mais les femmes de cette étude consomment moins de cigarettes quotidiennes ($p=0,026$) et ont une consommation cumulée plus faible ($p=0,0044$).

La comparaison de la population des patients sevrés avec celle des patients non sevrés ne présente pas de différence significative en termes de consommation cumulée ($p=0,54$), d'âge des patients ($p=0,65$), de consommation quotidienne de cigarettes ($p=0,098$) et en terme de score de dépendance ($p=0,14$).

En revanche, dans la population des patients non sevrés, on observe une diminution significative du nombre de cigarettes quotidiennes consommées, passant de 17,84 cigarettes par jour (ET 6,55) avant la séance d'hypnose à 15,61 cigarettes par jour (ET 6,11) trois mois plus tard ($p=0,003$). On trouve aussi une diminution significative du score de dépendance passant de 4,78 (ET 2,27) à 4,32 (ET 2,05) ($p=0,01$).

Conclusion : Nous ne pouvons pas affirmer que l'hypnose est efficace de façon significative dans le sevrage tabagique mais elle pourrait être un outil intéressant pour un sevrage futur.

Mots clés : Hypnose, Sevrage tabagique, Médecine générale.

RESUME EN ANGLAIS :

Title:

Impact of hypnosis in order to give up smoking three months after an hypnosis session with a general practitioner.

Summary:

Introduction: The hypnosis is more and more used in general practice. Is it a useful tool with regard to smoking cessation? *Method:* We have performed an observational quantitative study on a series a patients who had a hypnosis session with a general practitioner in order to give up smoking. The patients have answered a questionnaire three months after their hypnosis session. *Results:* Out of an initial sample of 70 patients, 63 patients have answered this questionnaire. The average age was 46,84 years (standard deviation (SD) 10,95), 30% of the patients were men. In average, the beginning of smoking was at 16,7 years old (SD 3,22), the number of smoking cessation attempts was 1,8 (SD 1,62), the number of cigarettes daily smoked was 17,5 (SD 7,43), the cumulated smoking was at 23,5 pack-year (SD 13,8), motivation to give up was at 7,32 (SD 1,78), the Fargerström score was 4,9 (SD 2,29) and a total number of hypnosis session of 1,4 (SD 0,88).

13 out of 63 patients were weaned after 3 months, that to say 20,6% with a confidence interval (CI) 95% [10,6 ; 30,6], this population of patients was composed at 23,1% by men CI₉₅ [5,0 ; 53,8], average age was 41,7 years old (SD 10,67), the Fargerström score was 3,38 (SD 1,98), the motivation was 7,65 (SD 1,54), the number of cigarettes daily smoked was 15,5 (SD 9,11) and 76,9% CI₉₅ [46,2 ; 95,0] of the patients have felt an improvement after having given up smoking. There is no significant difference between men and women regarding the dependency score (p=0,28), but women included in this study smoke less cigarettes in a day (p=0,026) and have a lower cumulative consumption (p=0,0044).

The comparison between the weaned patients and the non-weaned patients does not highlight significant differences as regards the cumulated consumption (p=0,54), the age (p=0,65), the daily consumption of cigarettes (p=0,098) and the dependency score (p=0,14).

However, regarding the non-weaned patients population, we observe a significant decrease of the number of cigarettes daily smoked from 17,84 (SD 6,55) prior to the hypnosis session to 15,61 (SD 6,11) three months after (p=0,003). We also note a significant decrease of the dependency score from 4,78 (SD 2,27) to 4,32 (SD 2,05) (p=0,01).

Conclusion: We cannot assert that the hypnosis is significantly efficient in the smoking cessation but it could be an interesting tool in a future attempts.

Keywords: Hypnosis, smoking cessation, general practice

RESUME

Titre :

Effet de l'hypnose dans le but d'un sevrage tabagique à trois mois d'une séance d'hypnose en cabinet de Médecine Générale.

Résumé :

Introduction : L'hypnose est de plus en plus pratiquée en Médecine Générale. Est-elle un outil intéressant pour le sevrage tabagique ? *Méthodes* : Nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle sur une série de cas de patients ayant bénéficié d'une séance d'hypnose auprès d'un médecin généraliste, dans un but de sevrage tabagique. Les patients répondaient à un questionnaire trois mois après leur séance d'hypnose. *Résultats* : sur un échantillon initial de 70 patients, 63 ont répondu au questionnaire. La moyenne d'âge était de 46,84 ans (écart type (ET) de 10,95), 30% des patients étaient des hommes. En moyenne le début du tabagisme était à 16,7 ans (ET 3,22), le nombre de tentatives de sevrage antérieures étaient de 1,8 (ET 1,62), le nombre de cigarettes quotidiennes à 17,5 (ET 7,43), le tabagisme cumulé à 23,5 paquet-année (ET 13,8), une motivation au sevrage à 7,32 (ET 1,78), un score de Fagerström à 4,49 (ET 2,29) et un nombre de séances d'hypnose total à 1,4 (ET 0,88).

Le nombre de patients sevrés à trois mois était de 13 sur 63, soit 20,6% IC₉₅ [10,6 ; 30,6], cette population de patients se composait d'hommes à 23,1% IC₉₅ [5,0 ; 53,8], l'âge moyen était de 41,7 ans (ET 10,67), le Fagerström était de 3,38 (ET 1,98), la motivation à 7,65 (ET 1,54), le nombre de cigarettes quotidiennes à 15,5 (ET 9,11) et 76,9 % IC₉₅ [46,2 ; 95,0] des patients ont ressenti une amélioration après leur sevrage.

Il n'existe pas de différence significative entre hommes et femmes en ce qui concerne le score de dépendance ($p=0,28$), mais les femmes de cette étude consomment moins de cigarettes quotidiennes ($p=0,026$) et ont une consommation cumulée plus faible ($p=0,0044$).

La comparaison de la population des patients sevrés avec celle des patients non sevrés ne présente pas de différence significative en termes de consommation cumulée ($p=0,54$), d'âge des patients ($p=0,65$), de consommation quotidienne de cigarettes ($p=0,098$) et en terme de score de dépendance ($p=0,14$).

En revanche, dans la population des patients non sevrés, on observe une diminution significative du nombre de cigarettes quotidiennes consommées, passant de 17,84 cigarettes par jour (ET 6,55) avant la séance d'hypnose à 15,61 cigarettes par jour (ET 6,11) trois mois plus tard ($p=0,003$). On trouve aussi une diminution significative du score de dépendance passant de 4,78 (ET 2,27) à 4,32 (ET 2,05) ($p=0,01$).

Conclusion : Nous ne pouvons pas affirmer que l'hypnose est efficace de façon significative dans le sevrage tabagique mais elle pourrait être un outil intéressant pour un sevrage futur.

Mots clés : Hypnose, Sevrage tabagique, Médecine générale.

Faculté de Médecine Paris Descartes
15 rue de l'Ecole de Médecine
75006 Paris.