



HAL
open science

Effacité de l'hypnose pour l'accompagnement de l'arrêt du tabac : à propos d'un cas

Hugo Joachin

► **To cite this version:**

Hugo Joachin. Effacité de l'hypnose pour l'accompagnement de l'arrêt du tabac : à propos d'un cas. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02977203

HAL Id: dumas-02977203

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02977203v1>

Submitted on 24 Oct 2020

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

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



Université de BORDEAUX
Faculté de Médecine

université
de BORDEAUX

Thèse n°106

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE
Pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**EFFICACITÉ DE L'HYPNOSE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ARRÊT DU
TABAC : À PROPOS D'UN CAS**

Présentée et soutenue à
Bordeaux le 09 octobre 2020 par
Hugo JOACHIN
Né le 2 septembre 1990 à Colombes

Devant le jury composé de :

Président : Monsieur le Professeur Sztark François

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Castera Philippe
Madame le Docteur Le Monnier Fabienne
Monsieur le Docteur Prothon Emmanuel**

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Ostermann Gérard

Remerciements

À Monsieur le Professeur François Sztaark

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et de juger ce travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Gérard Ostermann

Merci d'avoir accepté la direction de ma thèse. Merci pour votre suivi et votre soutien tout au long de la rédaction de ce travail. Merci enfin pour la richesse de vos interventions orales et écrites. Vous m'avez ouvert de nombreuses pistes de réflexion sur la place du soignant ainsi que la présence à l'Autre. Pour tout cela, soyez assuré de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur Philippe Castera

Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse. Merci pour votre patience, votre attention et la pertinence de vos remarques lors de la rédaction de ce travail. Enfin, merci pour votre aide et vos solutions apportées aux problématiques administratives rencontrées lors de ce travail.

À Madame le Docteur Fabienne Le Monnier

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour ton professionnalisme et ta bonne humeur dans le service. Enfin, merci d'apporter ta pierre à l'édifice dans la pratique de l'hypnose pour le traitement des addictions.

À Monsieur le Docteur Emmanuel Prothon

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

À toutes les rencontres faites pendant mes années de formation et qui m'ont permis de savoir un peu plus qui je voulais être. À vous qui, sans le savoir, avez modulé mon esprit.

Merci à Virginie Paillou de m'avoir fait découvrir et aimé l'addictologie.

Merci à Virginie Jaoul de m'avoir ouvert l'esprit au monde de l'hypnose médicale.

Aux médecins généralistes rencontrés, merci pour tous vos enseignements. En particulier, merci au docteur Jean-Paul Gainard qui m'a apporté de précieux outils dans la relation médecin-patient.

À mes parents évidemment, à ma sœur Sarah, à mon frère Romain. Sachez que je mesure la chance que j'ai de vous avoir tous les quatre. Merci pour tous ces moments de bonheur passés, merci pour tous ceux à venir.

À Toi, merci à Nous. Merci pour ce magnifique voyage que l'on vit ensemble depuis quelques années. Merci pour tous ceux à venir.

À Nanir, Mémé, Kunio, Guillaume, Rose, Gabin, Lucien, Christine, Yannick, Louis, Amaury, Éric, Corinne, Elliott, Charlotte, Maxime. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est évidemment en partie grâce à vous. Merci.

À ma deuxième famille, Alex, Jérémy, Gilles, Thibault, Christophe et leurs moitiés Anissa, Alexia, Anaëlle, Allison. Sans vous non plus je n'en serai pas là aujourd'hui. Merci.

À mes amitiés créées pendant mon internat à Bordeaux, Marie-Ange, Marion, Michel, Robin, Thibaud, et leurs moitiés. Merci d'avoir rendu ces années si agréables, et merci pour toutes celles à venir.

À mes amitiés créées pendant mon externat à Paris. Des années complètement folles, pleines de travail, de sorties, de voyages, de rencontres. Tout cela restera gravé en moi à jamais.

À Rina, sans qui je n'aurais probablement jamais tenté l'expérience de la médecine. À notre amitié intemporelle. Merci.

À Matthieu Cadot, sans qui je n'aurais jamais pu faire médecine non plus. Merci de vivre votre métier avec passion, merci de m'avoir passionné pour la biologie, merci d'avoir lutté contre la condamnation de mon orientation à une époque où je n'étais encore qu'un enfant.

À toutes celles et ceux que je n'ai pas cités.e.s, merci.

Table de matières

Liste des abréviations.....	7
Glossaire.....	9
1. Introduction	11
2. Contexte	13
2.1. L'addiction	13
2.1.1. Définition.....	13
2.1.2. Le craving.....	14
2.2. L'épidémiologie du tabagisme.....	16
2.3. L'hypnose.....	17
2.3.1. Rappels historiques.....	17
2.3.1.1. Quelle origines ?.....	17
2.3.1.2. De Mesmer à Erickson, du XVIIIème au XXème siècle.....	18
2.3.2. Définitions de l'hypnose.....	22
2.3.2.1. Hypnose comme technique.....	25
2.3.2.2. Hypnose comme état. Quelques notions neurophysiologiques.....	27
2.3.2.3. Hypnose comme relation.....	30
2.4. Revue de littérature traitant de l'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge de l'addiction au tabac.....	31
3. Étude de cas.....	34
3.1. Introduction	34
3.2. Matériel et méthode	34
3.2.1. Modalités des séances.....	35
3.2.2. Méthode de recrutement.....	35
3.2.3. Recueil et analyse de données.....	36
3.2.4. Suivi.....	37
3.2.5. Éthique et cadre légal.....	37
3.3. Résultats.....	38
3.3.1. Premier entretien, où l'hypnose conversationnelle côtoie la prise d'information.....	38
3.3.1.1. Installation d'un cadre souple.....	38
3.3.1.2. De sa première cigarette à son début de tabagisme.....	40
3.3.1.3. De sa vie de fumeuse à la cigarette électronique.....	41
3.3.1.4. De la cigarette électronique pour une tentative d'arrêt au... drame	41
3.3.1.5. Le « drame ».....	42
3.3.1.6. Outils hypnotiques utilisés durant cette première partie d'entretien	43
3.3.1.7. Suite et fin de l'entretien.....	43
3.3.2. Deuxième séance.....	47
3.3.3. Troisième séance.....	53

3.3.4. Suivi à un mois et deux ans.....	59
3.4. Discussion	60
3.4.1. Sur les résultats de l'étude.....	60
3.4.2. Sur la méthode de l'étude.....	61
3.4.2.1. Validité interne.....	61
3.4.2.1.1. Forces de l'étude.....	61
3.4.2.1.2. Biais de l'étude.....	61
3.4.2.2. Validité externe.....	62
3.4.2.3. Éthique et réflexions.....	62
3.4.3. Sur la confrontation aux données de littérature.....	64
3.4.4. Prochaines études traitant de l'hypnothérapie et de l'addiction.....	67
3.4.4.1. Sur la méthodologie.....	67
3.4.4.2. Exemples d'études récentes traitant du craving et de l'hypnose.....	69
4. Conclusion et perspectives.....	71
Bibliographie.....	73
Annexes.....	81
Serment d'Hippocrate.....	95
Résumé.....	97

Liste des abréviations

ASI : addiction severity index

CAST : cannabis abuse screening test

CFHTB : confédération française d'hypnose et de thérapie brève

DIU : diplôme inter-universitaire

DSM : diagnostic and statistical manual of mental disorders

EEG : électroencéphalogramme

EMG : électromyogramme

EOG : électro-oculographe

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

IRM : imagerie par résonance magnétique

OFDT : observatoire français des drogues et des toxicomanies

PIB : produit intérieur brut

TEP : tomographie par émission de positons

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

THC : tétrahydrocannabinol

TNS : traitement nicotinique substitutif

VAKOG : visuel, auditif, kinesthésique, olfactif, gustatif

Glossaire

Induction hypnotique : phase qui précède et permet l'entrée en état d'hypnose.

Transe hypnotique : état de modification de conscience propre à l'hypnose. Phase d'état d'une séance d'hypnose.

Dissociation : outil qui vise à séparer deux éléments qui sont habituellement réunis. Cette expérience de mise à distance a pour but d'accentuer la transe hypnotique (conscient/inconscient, partie de corps/corps).

Mirroring, pacing et leading : techniques hypnotiques qui consistent à se synchroniser à l'hypnotisé, à adopter une position dite « de miroir », puis à mener l'interaction. Le but est, entre autre, de favoriser l'acceptation d'une suggestion.

Catalepsie : technique qui vise à induire une rigidité d'une partie du corps.

Yes set ou séquence d'acceptation : technique qui vise à émettre plusieurs propositions évidentes qui ne peuvent aboutir qu'à l'adhésion de l'hypnotisé, et qui se termine par une proposition moins évidente. En hypnose, cette dernière proposition correspond généralement à une suggestion.

Suggestion : outil qui vise à faire accepter une idée.

Ratification hypnotique : technique qui vise à faire prendre conscience à l'hypnotisé d'un phénomène inconscient produit lors de la transe hypnotique.

Lieu secure : lieu ressource considéré comme un lieu agréable pour le patient lors d'une transe hypnotique.

Ancrage : technique qui permet l'association entre un stimulus externe et un état interne. En hypnose, l'ancrage peut être utilisé pour induire une transe hypnotique.

Signaling : méthode de communication utilisée par l'hypnotisé lors d'une transe. Le signaling peut être verbal ou moteur.

1. Introduction

Traiter de l'addictologie et plus particulièrement du tabagisme, c'est traiter d'un problème de santé publique. Ainsi, nous parlons de plus d'un français sur quatre qui a un usage quotidien de tabac (1). Précisons que sur l'ensemble des personnes ayant un usage répété de substance, seule une partie présente un trouble de l'usage ou addiction. Cette consommation est aussi la première cause de mortalité évitable en France (1). Le coût des drogues pour les finances publiques (calculé par la différence entre les dépenses de prévention, répression, soins et les recettes des taxes ainsi que les économies de dépenses en lien avec les retraites non versées) représente, lui, 1,1% du PIB (2). L'État doit ainsi chaque année payer pour le tabac 14 milliards d'euros.

Aussi, l'addictologie en tant que spécialité est une discipline relativement récente qui a permis, grâce à de nombreuses recherches, d'améliorer considérablement la compréhension et la prise en charge de cette maladie chronique.

Concernant l'hypnose, il s'agit d'une discipline ancienne qui a évolué au fil des siècles et qui a bénéficié de l'apport récent des technologies en imagerie fonctionnelle. Ainsi au début du siècle, certaines études ont mis en évidence l'existence d'un état cérébral précis en état hypnotique. Depuis, de nombreuses recherches continuent d'explorer cet état dont on observe les conséquences sans pour autant comprendre tous ses mécanismes.

Parmi le champ d'action de l'hypnose, nous retrouvons évidemment l'addiction. Si certains résultats sont encourageants, aucune preuve significative n'a vraiment été mise en évidence dans la prise en charge d'une addiction. Ainsi, un rapport réalisé en 2015 par l'INSERM (3) retrouvait une efficacité dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable, dans l'analgésie péri-opératoire, la dyspepsie et les bouffées de chaleur en post-ménopause. Cependant, concernant l'addiction au tabac, il n'existe pas de résultats concluants, sans doute à cause de défauts méthodologiques. En effet, il s'agit d'évaluer une thérapie dont le fond et parfois même la forme sont variables d'un sujet à l'autre, d'une étude à l'autre. On ne peut comparer ces études et leurs résultats entre elles. Ainsi, il a été proposé de réaliser des études plus qualitatives que quantitatives, ce qui permettrait de respecter la structure de la séance d'hypnose, tout en évaluant son efficacité sur chaque sujet étudié.

La proposition de prise en charge par hypnose peut répondre aussi à une demande des patients eux-mêmes, patients qui sont suivis pour la plupart sur une durée prolongée (plusieurs années) et pour lesquels l'apport d'une thérapie non médicamenteuse proposant une prise en charge globale semble intéressante.

Ainsi, nous présenterons dans une première partie l'addiction et notamment l'apport des différents travaux de recherche sur le craving. Puis nous détaillerons la situation du tabagisme en France à travers différentes données épidémiologiques. Nous présenterons ensuite l'hypnose à travers l'histoire et les neurosciences. Enfin, nous présenterons notre étude de cas à proprement parler.

2. Contexte

2.1. L'addiction

2.1.1. Définition

Dans ce travail, nous ne détaillerons pas l'histoire et l'évolution de l'addiction. En revanche, il nous semble important de reprendre sa définition actuelle donnée dans le DSM-V datant de 2013 et traduit en Français en 2015. Dans cet ouvrage (4), l'addiction est définie comme un mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou 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 :

1. Le produit est souvent pris 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 du produit.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets.
4. Craving ou envie intense de consommer le produit.
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit.
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit.
8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'utilisation du produit 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. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit.
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : syndrome de sevrage du produit caractérisé ; le produit (ou une substance proche) est pris pour soulager ou éviter

les symptômes de sevrage.

Présence de 2 à 3 critères : addiction légère.

Présence de 4 à 5 critères : addiction modérée.

Présence de 6 critères ou plus : addiction sévère.

Ainsi, cette nouvelle définition de l'addiction regroupe les termes « abus » et « dépendance » par « trouble de l'usage ». En effet, le terme « dépendance » renvoyait seulement au syndrome de sevrage qui n'est que la manifestation physique d'une consommation chronique, et donc qu'une conséquence du trouble de l'usage. Cette définition permet aussi une définition graduelle de l'addiction, avec une continuité entre addiction légère, modérée et sévère.

Aussi, on remarque que le craving est devenu un des critères diagnostic du trouble de l'usage, alors qu'il n'était pas présent dans la définition du DSM-4.

2.1.2. Le craving

Le craving se définit comme un désir puissant ou une forte envie de consommer une substance (5), comme une envie irrésistible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là (6). En fait, il s'agit d'une notion bien plus complexe qu'elle n'apparaît dans cette définition car :

- C'est une envie irrésistible inadéquate, qui ne survient pas au bon moment, une expérience égodystonique, dont la simple conscience de son inadéquation ne suffit pas à la faire disparaître comme une simple envie (7).
- L'expression du craving est très variable d'un moment à l'autre dans son intensité et son expression. Il varie dans une temporalité infradienne (d'une semaine ou d'un mois à l'autre), mais surtout dans une temporalité circadienne (d'une heure à l'autre) (7).

Il semblerait que les femmes (7) et les personnalités impulsives (8) expérimentent un craving plus intense.

- Le craving peut être déclenché par des stimuli associés à l'usage de la substance (appelés *cues*), par le stress et les affects négatifs ou encore par la consommation de la substance de dépendance (6). Ainsi, en fonction de l'exposition à des stimuli liés à l'usage, on observera une augmentation du craving, mais aussi des modifications de réponses physiologiques du système nerveux autonome (température corporelle, sudation, fréquence cardiaque). Cette réactivité est observée quelle que soit la substance à l'origine de l'addiction (9).

Ces stimuli, appelés « cues », peuvent être universels et directement liés à l'usage (par

exemple la vue d'une cigarette, l'odeur de l'alcool) ou bien personnels et fonction de l'expérience du sujet. Il a aussi été retrouvé une réactivité différente aux « cues » en fonction de la substance. Ainsi, cette réactivité semblait moindre avec l'alcool, en comparaison avec la cigarette (plus forte réactivité), les opiacés et la cocaïne (10).

Aussi, le stress et les affects négatifs augmentent le craving (10) (11).

Nous pouvons rapporter ici une étude intéressante qui a évalué l'évolution du craving après induction hypnotique et suggestions d'état de l'humeur (dépression, anxiété, colère, euphorie) (12). Ainsi, dix sujets présentant un trouble de l'usage opiacés et sevrés depuis un mois ont bénéficié de deux séances de préparation à l'hypnose guidée par un psychologue. On leur demandait avant les séances de décrire des scènes associées à chacune des humeurs suggérées. Puis, les patients entraient dans un état de relaxation profonde. On leur demandait ensuite de se concentrer sur un des états d'humeur. Puis, lorsque l'état était ressenti, on leur demandait d'ouvrir les yeux et de simuler la préparation de leur drogue. On leur demandait à différents moments de l'expérience de noter notamment l'intensité du craving et des symptômes de sevrage. Les résultats mettent en évidence une augmentation du craving et des symptômes de sevrage opioïde en état de dépression induite par hypnose, une augmentation du craving par l'anxiété induite par hypnose et une augmentation des symptômes de sevrage par la colère induite par hypnose.

- Le craving, à l'inverse du syndrome de sevrage, est durable dans le temps (6).
- Le craving est prédictif de rechute (13). Il est donc intéressant de surveiller son évolution dans le temps afin de prévenir une rechute.

Ainsi, on comprend que le craving sert à poser le diagnostic, mais il présente aussi un intérêt pronostique et thérapeutique. En effet, sachant que le craving est prédictif des rechutes, qu'il est retrouvé quelle que soit la substance à l'origine du trouble de l'usage, et qu'il est durable dans le temps, il est devenu depuis quelques années une cible privilégiée des traitements de l'addiction. Parmi les traitements, il existe des médicaments qui ciblent précisément le craving (acamprosate et naltrexone pour l'alcool par exemple), d'autres sont dit « traitements substitutifs » mais peuvent aussi jouer un rôle sur la diminution du craving (méthadone, buprénorphine, patchs nicotiniques). On peut aussi citer les psychothérapies, qui ont notamment pour objectif d'identifier et d'éviter les *cues* car on sait qu'ils peuvent déclencher un craving.

2.2. L'épidémiologie du tabagisme

Un rapport datant de 2019 et réalisé par l'OFDT nous apprend plusieurs choses sur la consommation de tabac et son évolution (1). Ainsi :

- Il existe un net recul du tabagisme chez les jeunes. En 2017, six jeunes de 17 ans sur dix (59%) déclarent avoir fumé une cigarette au cours de leur vie, soit une baisse de 9 points par rapport à 2014. Il en est de même avec la prévalence du tabagisme quotidien qui, en baissant de sept points entre 2014 et 2017 (respectivement 32 et 25%), atteint son niveau le plus bas depuis 2000.
- Il existe un net recul du tabagisme chez les adultes. En 2017, la consommation quotidienne de tabac, c'est-à-dire au moins une cigarette par jour, concernait 27% des 18/75 ans (30% des hommes et 24% des femmes, voir annexe 2). Ainsi, après une période de stabilité entre 2010 et 2016, la part des fumeurs quotidiens a nettement baissé avec une perte de presque trois points. Cette baisse est particulièrement importante parmi les hommes de 18/24 ans, passant de 44% à 35% (niveau le plus bas depuis 2000). Aussi, les inégalités sociales (plus de consommation de tabac parmi les personnes moins diplômées ou ayant les revenus les plus bas ou chômage) tendent à se stabiliser, alors qu'elles étaient croissantes depuis 2000. Enfin, en 2017, l'expérimentation de l'e-cigarette était déclarée par 33% des 18/75 ans, dont 36% des hommes et 30% des femmes, marquant une augmentation par rapport à 2014 (24, 29 et 22% respectivement). À l'inverse, usages actuels et quotidiens sont en recul : parmi les 18/75 ans, 3,8% l'utilisaient au moment de l'enquête, dont 4% des hommes et 2,6% des femmes (respectivement 6,1, 6,8 et 5,4% en 2014).
- Les ventes du réseau buraliste en très nette baisse. En 2018, les ventes de tabac dans le réseau buraliste français s'élèvent à 49740 tonnes, soit une baisse de 15% en cinq ans.
- La consommation de tabac reste la première cause de mortalité évitable, avec 73000 décès attribuables au tabac en 2013, soit 13% de la mortalité totale en métropole. La part des décès masculins est en baisse depuis la fin des années 2000, mais celle des décès féminins ne cesse de progresser, passant de 4,7% en 2005 à 6,3% en 2013.
- Le marché des traitements pour l'arrêt progresse fortement. Entre 2013 et 2018, les ventes de traitement d'aide à l'arrêt ont augmenté de moitié, en particulier grâce au dynamisme des formes orales (gommes à mâcher et comprimés). Ce dynamisme s'explique par la hausse de la prise en charge par l'Assurance Maladie. D'un montant forfaitaire de 50 euros par an et par personne lors de sa mise en œuvre en février 2007, elle a progressivement augmenté

(150 euros pour certains publics, puis pour tous à partir de novembre 2016) et rejoint depuis mars 2018 le cadre classique de remboursement des médicaments, à hauteur de 65%.

Ainsi, même si le tabac reste la première cause de mortalité évitable, sa prévalence diminue en parallèle d'une augmentation du marché des traitements pour son arrêt.

2.3. L'hypnose

2.3.1. Rappels historiques

2.3.1.1. Quelle origine ?

La première difficulté pour raconter l'hypnose réside dans la question de sa définition et de son essence même.

Ainsi, certains voient sur la paroi de la « grotte du sorcier » à Lascaux une première représentation de traitement par la modification de conscience. On y verrait un chaman (ancêtre de notre médecin actuel) qui réaliserait, par un rituel, une transe chamanique visant à soulager le patient (14).

Aussi il y a plus de 6000 ans, on aurait retrouvé les premières traces écrites de soin par la parole, en Mésopotamie.

En 1862, Edwin Smith découvre le papyrus Ebers soit l'un des plus anciens traités médicaux retrouvés jusque-là. Il daterait du XV^{ème} siècle avant notre ère et comporte la description de multiples procédés médicaux dont certains se rapprocheraient de l'hypnose. Une formule est citée, « mets ta main sur l'endroit malade et dis que la douleur s'en aille ».

Enfin, nous pouvons aussi citer Homère puis Platon qui évoquent le *Terpnos logos*, parole douce, monotone et monocorde qui agit sur le *thymos*, centre des émotions.

La question de savoir si nous pouvons y voir là les prémices de l'hypnose a le mérite d'être posée. Melchior précise que « *depuis la nuit des temps, il existe des sorciers, des chamans, des médecins, des prêtres, et leurs techniques de guérison font largement appel à des procédés et des processus extrêmement proches de ceux que nous référons sous le terme d'hypnose. Simplement, depuis toujours, ces hypnotérapeutes avant la lettre se représentent ce qu'ils font avec leurs patients dans des termes congruents à leur culture particulière. Ils ne parlent pas d'inconscient mais d'esprits, de dieux ou de démons, ce qui, en un sens, revient à peu de chose près au même* » (15). Aussi, « *si de tout temps, les médecines ont utilisé des états modifiés de conscience, il serait abusif voire erroné, de considérer que tous ces états sont de même nature (et en particulier sont des formes d'hypnose avant l'hypnose). La posture anthropologique fondamentale nécessaire lorsqu'on*

étudie ce type de phénomènes oblige à contextualiser ce qui est observé en fonction d'une époque, d'un lieu et d'un environnement socioculturel, simplement parce que ses effets de contexte influencent les vécus, les manifestations et les effets obtenus » (16).

Nous pouvons au moins conclure de ses découvertes que la parole et la modification de conscience sont utilisées depuis la nuit des temps pour soigner.

Nous détaillons ici l'histoire récente de l'hypnose, du XVIIIème siècle à nos jours. En effet, ce résumé historique nous permettra de mieux appréhender les définitions de l'hypnose qui suivront, puis la revue de littérature.

2.3.1.2. De Mesmer à Erickson, du XVIIIème au XXème siècle

Si on considère l'hypnose comme une forme occidentale de thérapie par états modifiés de conscience, alors nous pouvons avancer que son histoire commence au XVIIIème siècle par Franz Anton Mesmer (1734-1815). Ce médecin Autrichien défend l'idée qu'il existe un fluide magnétique universel présent dans toute matière, allant de l'être humain au cosmos. Nous pouvons ici parler de la probable influence de Paracelse, ce médecin chirurgien et philosophe suisse du XVIème siècle qui était persuadé que la maladie provenait d'un déséquilibre des forces cosmiques.

Mesmer s'intéressa ainsi à l'influence du cosmos sur le corps humain et s'intéressa également aux travaux du père Hell qui soignait grâce à l'application d'aimants sur la peau. *« Après avoir appris auprès de lui sa technique, il fait un pas intellectuel en pensant que lui-même, sans l'intermédiaire des aimants, avec son propre corps, pourrait se comporter comme une sorte de condensateur qui accumulerait de l'énergie en circulation dans l'espace. Cette énergie accumulée mise en mouvement par la volonté de Mesmer en direction d'un patient permettrait par son passage dans le corps de celui-ci de restaurer la santé au moyen d'une prétendue crise salutaire » (17).* Mesmer développa ainsi différentes techniques, notamment des traitements collectifs autour du baquet (tonneau en bois rempli de bouteilles dans lesquelles passaient des tiges en métal elles-mêmes appliquées sur des parties de corps malades) et faisait parfois participer des orchestres de chambre à la cérémonie. Durant ces traitements en groupe, les patients manifestaient des phénomènes contagieux de « crise magnétique », avec perte de contrôle, éclats de rire hystérique, convulsions, etc. Ces crises étaient, selon Mesmer, nécessaires au traitement.

Armand Marie Jacques de Chastenot, marquis de Puységur (1751-1825) s'est formé au magnétisme animal de Mesmer. Il fit des séances collectives autour d'un orme à la place du baquet de Mesmer, ainsi que des séances individuelles. Il se démarqua de son maître à deux niveaux. Tout d'abord, la

crise magnétique n'est pas, selon lui, nécessaire à la thérapie. Il décrit la transe plutôt comme du « somnambulisme provoqué », avec un état entre le sommeil (calme, yeux fermés) et la veille (communication verbale, mouvements, etc.). Ensuite, « *il eut l'idée de placer le patient – et non le magnétiseur – au centre du processus thérapeutique : Puysegur s'appuie sur le « médecin intérieur » que l'état somnambulique permet de révéler en chacun de nous* » (16). En 1784, il écrit que les résultats des futurs magnétiseurs dépendent « *du travail qu'ils auront fait sur eux-mêmes* », que « *l'homme qui magnétisera avec le plus de succès ne devrait jamais en tirer vanité* », et qu'une « *base viendra lier les hommes; ce sera le désir de faire du bien, chacun suivant toute son énergie ; et de là naîtra l'indulgence parmi eux, vertu sans laquelle leur bonheur ne peut exister* » (18). Nous pouvons y voir là les prémices d'un code éthique de pratique du magnétisme.

Situé historiquement entre un Mesmer qui initia le mouvement du magnétisme et un James Braid qui, on le verra plus loin, eut un impact sur la notion d'état neuro-physio-psychologique et à qui on attribue à tort l'utilisation même du mot « hypnose », l'impact du marquis de Puységur n'en est pas moindre. On peut notamment rapporter qu'il participa avec Mesmer et d'autres élèves, à la création de la « Société de l'harmonie universelle » en 1783, qui avait pour but de transmettre l'enseignement du magnétisme, mais aussi avait une portée politique, sociale voire révolutionnaire (17).

En 1784, deux commissions composées d'éminents savants ont été chargées par Louis XVI d'évaluer si le fluide animal existait. Dans la conclusion du rapport, il est rapporté que, « *ayant enfin démontré par des expériences décisives que l'imagination sans magnétisme produit des convulsions, & que le magnétisme sans l'imagination ne produit rien ; ils ont conclu d'une voix unanime, sur la question de l'existence & de l'utilité de magnétisme, que rien en prouve l'existence du fluide magnétique animal ; que ce fluide sans existence est par conséquent sans utilité ; que les violents effets que l'on observe au traitement public, appartiennent à l'attouchement, à l'imagination mise en action, & à cette imitation machinale qui nous porte malgré nous à répéter ce qui frappe nos sens* » (19). Ainsi, deux conclusions ressortent de ce rapport. La première est que le fluide magnétique animal n'existe pas. La deuxième est que les manifestations observées lors de ces séances sont le produit de l'imagination. Il est intéressant de noter qu'aujourd'hui, une part de la thérapie en hypnose est attribuée en effet à l'imagination.

Entre la fin du XVIIIème et le début du XIXème siècle, la théorie du fluide magnétique convainquit de moins en moins d'adeptes. Parmi eux, on peut citer l'abbé Faria (1755-1825), le baron Henin de Cuvillers (1755-1841) ou le médecin Alexandre Bertrand (1795-1831) qui seront les pères de l'hypnose moderne. « *L'abbé Faria lui, rompit avec la théorie fluidique et mit en place un dispositif pour arriver au « sommeil lucide » : le sujet (qu'il nomme « eptote ») fixait sa main, que l'on faisait se rapprocher progressivement de ses yeux, avec pour consigne de se concentrer sur*

l'idée de sommeil. [...] L'abbé a posé les bases de l'actuelle induction hypnotique : la transe est sollicitée par un jeu sollicitant les perceptions, jeu où le praticien (qu'il nomme « concentrateur ») occupe une place importante. Une fois la transe obtenue, le patient se montre plus sensible aux suggestions formulées » (16). On peut ainsi y voir les bases de l'induction hypnotique par focalisation visuelle et de la suggestion.

L'histoire se poursuit en Angleterre par un chirurgien écossais nommé James Braid (1795-1860). Ce chirurgien réfute lui aussi la théorie des fluides. Il avance l'idée qu'une simple fixation du regard sur une source lumineuse suffit à modifier l'état de conscience. Il décrit ce phénomène comme « hypnotisme » et le considère physiologique. Il décrit ainsi l'hypnose comme un état neuro-physio-psychologique. Aussi, son apport sur la suggestion est fondamental. *« Braid a vu par exemple que l'état dans lequel on met les muscles des membres ou de la face chez un hypnotisé peut faire naître chez lui un sentiment, une passion ou l'idée d'exécuter certains actes, exactement comme chez l'homme à l'état normal, certains sentiments déterminent des attitudes spéciales » (20).* Avec le recul, on reconnaît ce livre comme élément fondateur de l'hypnose mais à l'époque, son retentissement a été moindre.

Puis l'hypnose a voyagé à travers le monde (on peut citer son utilisation par le chirurgien James Esdaile (1808-1859) en Inde, ou encore le professeur Grimes aux États-Unis) avant de réapparaître en France, notamment par Jean-Martin Charcot (1825-1893). Ce célèbre neuroanatomiste, membre de l'Académie de médecine, exerçait une hypnose mêlant le Braidisme (induction via sources lumineuses) et surtout le Mesmerisme (importance de la métallothérapie dans sa pratique, avec survenue de crises magnétiques). Il est intéressant de noter que lui-même ne réalisait pas l'induction hypnotique, mais que les patients étaient préparés par des disciples. *« Pris entre les manifestations de leurs patientes hystériques d'une part, et celles de la crise magnétique d'autre part, Charcot et ses disciples assimilèrent finalement les signes cliniques de l'hypnose et ceux de l'hystérie » (16).* Ils avancent ainsi l'idée d'une origine pathologique à l'hypnose. Cette pratique et vision de l'hypnose fondaient ce qu'on appelle aujourd'hui l'école de la Salpêtrière.

En parallèle de cette école s'est développée l'école de Nancy portée notamment par Hippolyte Bernheim (1840-1919) et Ambroise-Auguste Liébeault (1823-1904). Ce dernier était influencé dans sa pratique par l'abbé Faria, mais aussi par James Braid dans son importance faite à la suggestion. Il explique ainsi dans son livre : *« Mais il est, dans ce cas, un moyen dont il a déjà été parlé brièvement et qui résulte de la continuation du rapport qui s'est prolongé, de la veille au sommeil, entre le somnambule et l'endormeur, moyen par lequel il est possible, en offrant des idées à l'attention en arrêt, de la déplacer et de faire qu'elle aille s'exercer en masse n'importe sur quel sens ou sur quelle partie de l'économie qu'on lui désigne. J'ai nommé la suggestion. Par elle,*

le dormeur, d'immobile comme le dieu Terme, devient un automate que l'on peut modifier et faire manœuvrer à son gré » (21). Hippolyte Bernheim rejoindra Liébeault dans l'idée que l'hypnose est un état physiologique, et dans lequel la suggestion est la plupart du temps à l'origine des manifestations de l'hypnose.

En 1889 a lieu le premier congrès international de l'hypnotisme qui validera les thèses de l'école de Nancy, à savoir que l'hypnose est un état physiologique, normal et utile au patient.

Étonnamment, s'ensuit alors une période où l'hypnose aura plus d'influence à l'étranger qu'en France (la faute à certains différends entre Liébeault et Bernheim, aux difficultés de ce dernier à développer ses propres thèses face à une école parisienne rancunière, à certaines dérives de pratiques se rapprochant du magnétisme, etc.). Ainsi, à l'étranger on peut citer Pavlov (1849-1936) en URSS qui développa l'étude neurophysiologique de l'hypnose par les techniques de suggestion et d'apprentissage, ou encore Clark Leonard Hull (1884-1952) aux États-Unis qui publia en 1933 son traité « Hypnotisme et suggestion : essai expérimental ». Autre nom qu'il est intéressant de citer, celui de Sigmund Freud (1856-1939). Ce dernier a été très influencé par Charcot dans le domaine de l'hystérie (il fit notamment un stage à la Salpêtrière en 1885), moins dans celui de l'hypnose. En effet, il se rapproche plus du courant de l'école de Nancy et de la vision de Liébeault et Bernheim chez qui il fera un stage en 1889. Il travailla beaucoup sur l'importance de la suggestion, et de ses travaux naîtra la notion de transfert. Il créa ensuite la psychanalyse. Citons Milton Erickson (1901-1980), psychiatre et docteur en psychologie américain qui a eu un impact considérable dans l'approche et la pratique de l'hypnose telle qu'on la connaît aujourd'hui. Il a ainsi développé une approche pragmatique de l'hypnose basée sur une communication permissive, faite d'analogies et de métaphores et permettant ainsi au sujet de se soustraire à l'environnement et d'activer son inconscient. Cet inconscient est, selon lui, un réservoir de ressources innées qui permet de réaliser des remaniements utiles au changement. Cet inconscient est toujours bienveillant. On peut parler d'un thérapeute pédagogue. *« La place du thérapeute s'apparente davantage à celle d'un « pédagogue » ; il apprend au sujet à utiliser les outils (inconscients) que celui-ci possède déjà pour changer. L'hypnose ericksonienne est un mode de communication privilégié où, certes, le sujet répond au thérapeute, mais, bien plus encore, à lui-même » (17). La communication, elle, s'adapte au patient, à ses propres ressources, à ses valeurs voire à ses résistances considérées comme ressources. Ainsi, comme le décrit Jay Haley, « qu'arrive-t-il lorsqu'on accepte la résistance d'un sujet et que même on l'encourage ? Le sujet se trouve par ce biais pris dans une situation où sa tentative de résistance est définie comme un comportement coopérant. Quoiqu'il fasse, il se conforme aux consignes reçues, parce que ce qu'il fait est défini comme une coopération. Une fois qu'il coopère, on peut l'orienter vers un nouveau comportement » (22).*

Cette approche de l'hypnose a été importée en France par Jean Godin (1931-2002) en fondant le premier institut Milton H. Erickson en 1982 et a ainsi permis la formation de nombreux hypnothérapeutes reconnus aujourd'hui.

2.3.2. Définitions de l'hypnose

À partir du rappel historique fait sur l'hypnose, on comprend facilement les difficultés pour la définir. En effet, on pourrait presque dire à chaque époque et à chaque culture, son hypnose. Est-ce une technique ? Est-ce un état neuro-physio-psychologique ? Est-ce une relation ? Par souci de clarté, nous ne détaillerons pas ici les différents et nombreux courants théoriques de l'hypnose. Nous resterons à donner quelques exemples de définition de l'hypnose par ceux qui la pensent ou la pratiquent, puis nous comprendrons en quoi l'hypnose est une technique, et enfin en quoi l'hypnose est un état neurophysiologique.

Si nous revenons à l'étymologie du mot, hypnose vient du Grec « *hypnos* » qui signifie sommeil. Dans la mythologie grecque, Hypnos est le dieu du sommeil, fils de Nyx (dieu de la nuit), frère jumeau de Thanatos (dieu de la mort) et aussi père de Morphée (dieu de la nuit). Il a été utilisé la première fois par Étienne Félix d'Henin de Cuvillers en 1819, probablement par manque de connaissance sur le phénomène. En effet, on sait aujourd'hui, grâce aux techniques modernes d'imagerie, que l'hypnose est un état différent de l'état de sommeil. Il s'agit là d'une erreur sémantique qui ajoute un peu plus à la confusion autour de l'hypnose.

Aussi, il est intéressant de rappeler que l'hypnose est défini comme état normal et physiologique depuis le premier Congrès international de l'hypnotisme en 1889.

Nous pouvons aller plus loin en reprenant le terme d'Erickson de « transe quotidienne commune », état que l'on peut vivre de manière quotidienne. Ainsi, en roulant sur une route monotone ou un chemin connu, en faisant une tâche de la vie quotidienne, on peut se retrouver dans cet état d'hypnose. On est là sans être là, on réalise des tâches complexes tout en étant absorbé en soi-même. Cet état, que l'on expérimente tous, est même décrit par Alexandre Dumas dans son plus célèbre roman : « *Rien ne fait marcher le temps et n'abrège la route comme une pensée qui absorbe en elle-même toutes les facultés de l'organisation de celui qui pense. L'existence extérieure ressemble alors à un sommeil dont cette pensée est le rêve. Par son influence, le temps n'a plus de mesure, l'espace n'a plus de distance. On part d'un lieu et l'on arrive à un autre, voilà tout. De l'intervalle parcouru, rien ne reste présent à votre souvenir qu'un brouillard vague dans lequel s'effacent mille images confuses d'arbres, de montagnes et de paysages. Ce fut en proie à cette*

hallucination que d'Artagnan franchit, à l'allure que voulut prendre son cheval, les six ou huit lieues qui séparent Chantilly de Crèvecoeur, sans qu'en arrivant dans ce village il se souvînt d'aucune des choses qu'il avait rencontrées sur sa route » (23). On retrouve beaucoup des caractéristiques de l'hypnose ici, à savoir la distorsion spatio-temporelle, l'amnésie et les hallucinations.

Cet état est à distinguer de ce que l'on nomme le mode par défaut, « *état où l'on se trouve quand on laisse son esprit vagabonder. Quand on est sur son transat et que l'esprit passe d'une pensée à un souvenir, puis à un autre, on peut reprendre contact avec son corps instantanément et sans aucune difficulté. En état d'hypnose, la perception de son corps peut être modifiée, on a, par exemple, l'impression de flotter, ou même, parfois, de ne plus avoir de corps, alors même qu'on sait que l'on est assis dans un fauteuil. Ainsi, on vit un autre rapport à soi, à ses sensations. [...] L'hypnose commence quand on se donne une tâche de travail, c'est-à-dire quand il y a intention* » (24).

Plus encore dans le cadre thérapeutique, « *pour obtenir un état hypnotique, nous allons nous servir de ces manifestations, les amplifier dans un but thérapeutique et éventuellement apprendre au patient à reproduire pour lui-même ce même phénomène, sous le nom d' « autohypnose »* » (17).

Nous rapportons ici différentes définitions de différents auteurs de l'hypnose moderne ainsi que de sociétés savantes.

Selon Milton Erickson, « *c'est un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication avec une compréhension et des idées, afin de lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissage* ». Ou encore, l'hypnose est « *une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne* ». On trouve ici l'importance du relationnel et de l'utilisation des propres ressources du sujet.

Selon Léon Chertok, « *c'est un quatrième état de l'organisme, actuellement non objectivable (à l'inverse des trois autres : veille, sommeil, rêve). Une sorte de potentialité naturelle, de dispositif inné prenant ses racines jusque dans l'hypnose animale, caractérisé par des traits qui renvoient apparemment aux relations pré-langagières d'attachement de l'enfant et se produisant dans des situations où l'individu est perturbé dans ses rapports avec l'environnement* » (25). Dans une interview donnée au Monde en février 1980, il distingue l'hypnose de la suggestibilité et précise que « *l'hypnose est un état psycho-physiologique qui favorise, entre autres choses, ce que nous avons appelé une certaine « plasticité psychosomatique ». La suggestibilité désigne une aptitude à être influencé, de façon plus ou moins consciente, par des stimulations venues de l'extérieur. Les deux phénomènes se recoupent mais ne se recouvrent pas.* »

Selon Roustang, « *l'hypnose est décrite comme un état de veille paradoxal (état de sommeil*

apparent et activité électrique cérébral de veille), c'est un phénomène naturel et actif où il y a une augmentation du contrôle de soi et non une perte » (26).

Selon Jean Godin, « *l'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel le 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 » (27).*

Selon la British Medical Association (dans un article du British Medical Journal, intitulé « Medical use of hypnotism » et publié en 1955) : « *A temporary condition of altered attention in the subject which may be induced by another person and in which a variety of phenomena may appear spontaneously or in response to verbal or other stimuli. These phenomena include alterations in consciousness and memory, increased susceptibility to suggestion, and the production in the subject of responses and ideas unfamiliar to him in his usual state of mind. Further, phenomena such as anaesthesia, paralysis and rigidity of muscles, and vasomotor changes can be produced and removed in the hypnotic state ».* Comprendre qu'il s'agit d'un état temporaire d'altération de l'attention qui peut être induit par une autre personne ou survenir de manière spontanée, en réponse à un stimulus verbal ou autre stimulus. Cette altération concerne la conscience, la mémoire, augmente la susceptibilité aux suggestions et produit chez le sujet des réponses et idées inhabituelles pour le sujet en état de conscience ordinaire. Ce phénomène peut produire aussi une anesthésie, paralysie, rigidité musculaire et changements vasomoteurs.

Selon L'American Psychological Association, « *a state of consciousness involving focused attention and reduced peripheral awareness characterized by an enhanced capacity for response to suggestion » (28).* Comprendre qu'il s'agit d'un état de conscience impliquant une focalisation de l'attention et une attention périphérique diminuée, caractérisé par une plus grande capacité à répondre aux suggestions.

À travers ses définitions, on comprend qu'il y a presque autant d'hypnoses qu'il y a de praticiens. Néanmoins, on rejoindra Patrick Bellet lorsqu'il écrit que, « *loin de s'opposer, elles se complètent, paradoxalement distinctes et associées » (17).*

Notons aussi la différence entre hypnotisabilité (capacité d'un sujet à entrer en état hypnotique) et suggestibilité (capacité d'un sujet à se soumettre à une suggestion). Ces deux notions sont parfois - notamment en recherche - confondues. Pour être plus précis, la suggestion est un outil important permettant d'entrer en état d'hypnose, mais l'hypnose ne peut se résumer à un simple maniement de suggestions. Cette suggestibilité peut être considérée comme un trait de personnalité. Ainsi, certains sujets sont plus facilement suggestibles que d'autres, même si tout le monde est suggestible.

Nous précisons ces notions car elles amènent à présenter ici des échelles d'hypnotisabilité, notamment l'échelle de Stanford (29), qui mesurent à travers différents tests de suggestions le degré

d'hypnotisabilité d'une personne. Cette échelle postule donc que plus un sujet est suggestible, plus il est hypnotisable. Dans certaines études, on choisit la population étudiée en fonction des résultats de ces tests, tandis que dans d'autres, les auteurs n'abordent pas cette différence inter-individuelle pourtant fondamentale.

2.3.2.1. Hypnose comme technique

Bien que les techniques pour induire un état hypnotique soient multiples et variées, on retrouve certaines caractéristiques et étapes communes. Ainsi, quatre temps sont généralement décrits (30) :

- La prise de contact. C'est un moment indispensable à toute séance d'hypnose. On questionne le sujet sur sa demande, sa problématique et on identifie le ou les objectifs de la séance. On peut aussi échanger des informations sur ce qu'est et ce que n'est pas l'hypnose, ce qui permet de recadrer certaines demandes.
- L'installation. C'est le moment dans lequel on installe le patient confortablement, dans l'ici et maintenant. On réalise là l'induction hypnotique, c'est-à-dire les conditions qui permettent au sujet d'entrer en état hypnotique. Il existe « *deux façons majeures d'aider l'autre à entrer dans un processus d'hypnose. La première consiste à lui demander de focaliser son attention sur des éléments sonores, visuels, tactiles... externes à lui ou internes (la respiration, par exemple). La seconde consiste à l'amener à une forme de confusion par le langage ou au moyen de consignes paradoxales, afin d'abaisser son niveau logique de compréhension ou de perception de ce qui est en train de se passer. Dans les deux cas, c'est la perte des repères habituels par rapport à la réalité et à sa perception qui mène à l'état hypnotique* » (16).

Par l'induction, on amène le sujet à ne se concentrer que sur ses pensées et à mettre à distance toutes les informations venant de son corps et de l'environnement. « *Le champ de conscience rétrécit, écrit Erickson, et les stimuli extérieurs, excepté ceux fournis par l'hypnotiseur, perdent leur importance. Finalement, le sujet perd contact avec le monde extérieur excepté avec l'opérateur* » (15). On parle d'une dissociation corps/esprit, ou encore de conscient/inconscient.

On utilise généralement pendant l'induction le schéma du « *pacing and leading* », c'est-à-dire qu'on observe initialement le sujet (dans sa façon d'être, de s'exprimer verbalement et paraverbalement, de se comporter), on se synchronise à lui subtilement (*pacing*), puis on l'accompagne et on le guide. « *Les techniques d'observation et d'ajustement au mode de communication de l'autre ont ainsi pour objectif de favoriser l'adhésion du patient au*

processus thérapeutique, la création de l'alliance et l'aide au changement » (30). Parmi les techniques d'ajustement et de synchronisation au sujet, on peut noter « *l'utilisation de l'échelle du VAKOG qui permet au thérapeute de repérer le canal sensoriel préférentiel du patient et d'harmoniser son style communicationnel et son discours hypnotique* » (30).

- L'accompagnement, ou le temps du travail en tant que tel. C'est à ce moment que l'on utilise la rhétorique hypnotique, un langage fait de suggestions directes, indirectes, le récit de contes ou encore des métaphores pour travailler et traiter la problématique du sujet. On utilise aussi largement les variations du paraverbal.
- Le retour à l'état de conscience ordinaire, qui permet de réinstaller le sujet dans son état de conscience habituel et dans son environnement.

Ces différentes parties sont évidemment résumées et simplifiées. En effet, il existe de très nombreuses inductions différentes (méthode de fixation visuelle, de décompte, de relaxation musculaire progressive, induction par catalepsie, etc.), de très nombreux accompagnements différents (permissif, directif, avec des suggestions directes ou indirectes, avec des métaphores), différentes profondeurs de transe et enfin de nombreux moyens de revenir à un état de conscience ordinaire. Il se peut que l'on utilise aussi des composants d'une partie dans une autre, par exemple utiliser le « pacing et leading » dès la prise de contact. On peut repérer dès le début de la séance le canal préférentiel du patient, voire utiliser la rhétorique hypnotique avant l'induction. Il existe même l'hypnose conversationnelle, une hypnose dite « sans hypnose » car il n'y a pas d'induction à proprement parler, mais seulement une rhétorique hypnotique.

Nous ne détaillerons pas dans ce travail toutes les variations possibles d'une séance d'hypnose, mais il est important de noter les nombreuses formes que peuvent prendre chaque séance. Cela aura son importance ensuite dans la critique de l'évaluation de l'hypnothérapie et de son efficacité.

Enfin, pour plus de clarté sur l'aspect pratique d'une séance, nous rapporterons ensuite notre étude de cas. Cette séance utilise une hypnose dite « Ericksonienne ». Ainsi, l'accompagnement ne suit pas une procédure d'induction ni d'accompagnement rigide mais individualisée et personnalisée. Le discours n'y est pas autoritaire mais permissif et les suggestions plutôt indirectes. On y détaillera certains outils de la communication hypnotique, notamment l'utilisation du mirroring, de la séquence d'acceptation ou « yes set », de la ratification, etc.

2.3.2.2. Hypnose comme état. Quelques notions neurophysiologiques

Pendant de nombreuses années, on ne disposait pas de moyens techniques suffisants pour prouver l'existence d'un état hypnotique au niveau cérébral. On notait seulement des conséquences physiques directement observables (hypotonie, mouvements oculaires saccadés, etc.) ou encore le rapport direct d'expérience des sujets hypnotisés. Ainsi, les recherches s'accordent sur cinq caractéristiques de l'état hypnotique : l'hypnose cause une modification de l'orientation spatio-temporelle, une détente mentale, une absorption et une focalisation de l'attention, une diminution du jugement et de la censure et une expérience de réponse quasi-automatique (16).

À partir du milieu du XXème siècle, plusieurs études ont pu mettre en évidence, grâce à l'EEG, que l'état hypnotique différait de l'état de sommeil. Dans une étude réalisée en 1975, il n'est même retrouvé aucune différence significative entre le tracé EEG de l'état de veille et celui de l'état hypnotique (31).

Puis, à la fin du XXème siècle et grâce à des méthodes d'imagerie plus sophistiquées (telles que l'IRM fonctionnelle et la TEP), deux équipes de chercheurs ont mis en évidence les particularités de l'activité cérébrale sous hypnose.

Citons tout d'abord un premier travail mené par Pierre Rainville en 1999. Ce dernier montre avec son équipe qu'en état d'hypnose et en comparaison d'un état de repos, il y a une augmentation du débit sanguin cérébral au niveau du cortex occipital et gyrus frontal inférieur (de manière bilatérale), de la partie caudale du cortex cingulaire antérieur droit, de la partie antéro-supérieure du gyrus temporal et de l'insula gauche. Il retrouve aussi une diminution du débit sanguin cérébral dans le cortex pariétal, dans la partie inférieure droite du lobule pariétal, du précuneus médian et du gyrus cingulaire postérieur gauche (32).

Cette même année 1999, Elisabeth Faymonville réalise une étude qui cherche à comprendre le fonctionnement neurologique de l'état hypnotique (33). Pour cela, elle et son équipe comparent le débit sanguin cérébral de différentes régions cérébrales entre l'état de veille (le sujet écoutait alors des épisodes de vie passés agréables, et on lui demandait de s'imaginer revivre les scènes), l'état hypnotique simple (induction hypnotique, puis les sujets devaient se remémorer des épisodes de vie passés et agréables) et l'état hypnotique avec hallucinations visuelles (induction hypnotique, puis on demandait au sujet de se focaliser sur leur couleur préférée, et d'imaginer des objets de cette couleur).

Les résultats permettent d'identifier quatre régions principales dans lesquelles le débit sanguin cérébral augmente sous hypnose (voir annexe 1) :

- Côté gauche du cortex occipital, cortex pariétal (partie inférieure et cortex prémoteur) et cortex préfrontal.
- Côté droit des noyaux cérébelleux profonds et du cortex pré-striatal.
- Cortex cingulaire antérieur droit.
- Cortex temporo-occipital gauche.

À l'inverse, le débit sanguin cérébral diminue dans le cortex temporal (bilatéral), le cortex préfrontal médian, le cortex cingulaire postérieur, le précuneus, le cortex prémoteur droit et l'hémisphère cérébelleux droit. Pour résumer, l'état hypnotique est associé à une augmentation d'activation du cortex occipital, du cortex préfrontal et du cortex cingulaire antérieur. À l'inverse, cet état hypnotique semble être associé à une inhibition du précuneus et des cortex temporaux (qui pourrait être à l'origine de la distorsion temporelle vécue en état hypnotique).

Aussi, une autre étude réalisée en 2000 a mise en évidence les modulations cérébrales impliquées par l'état hypnotique (34). Celle-ci avait pour objectif d'évaluer si oui ou non l'hypnose pouvait moduler les perceptions de couleur par suggestions, et donc évalue l'impact neurologique de l'hallucination visuelle suggérée à l'état hypnotique. Ainsi, huit sujets hautement hypnotisables ont été sélectionnés. Dans un premier temps, il est identifié les zones cérébrales activées lors de la présentation des cadres colorés (stimulation visuelle) en état de veille, en comparaison de la visualisation de carrés gris. Trois régions principales sont ainsi activées : le gyrus fusiforme droit et gauche et une région du lobe temporal inférieur droit. À l'inverse et lors de la visualisation de carrés gris, ces régions présentent une diminution d'activité.

Puis on présente à différents moments :

- Les cadres colorés en demandant aux sujets de les voir tels qu'ils sont.
- Les cadres colorés en leur demandant de les visualiser en tons de gris.
- Les cadres gris en leur demandant de les voir tels qu'ils sont.
- Les cadres gris en leur demandant de les visualiser en couleur.

Enfin, on compare les résultats de l'imagerie fonctionnelle entre les groupes avec et sans hypnose. Ainsi, la présentation de cadres colorés et la suggestion de cadres colorés en hypnose (alors qu'ils sont gris) activent les trois régions cérébrales de la même manière. La suggestion de couleur en état de veille n'active en revanche pas le gyrus fusiforme gauche. La visualisation de gris et la suggestion de gris, alors que les carrés sont colorés, diminuent l'activité des trois régions, sauf pour la suggestion de gris en état de veille où cette diminution d'activité ne se limite là encore qu'à

l'hémisphère droit. Cette étude met ainsi en évidence que l'hémisphère gauche pourrait avoir un rôle dans les hallucinations visuelles en état hypnotique, mais surtout que, en état d'hypnose, le cerveau ne fait pas seulement qu'imaginer la visualisation, il semble la vivre. En effet, l'activité cérébrale est identique, que la stimulation visuelle soit colorée ou que l'on suggère qu'elle soit colorée alors qu'elle ne l'est pas, et même qu'elle soit grise ou que l'on suggère qu'elle soit grise alors qu'elle est colorée.

Dans une nouvelle publication mise à jour en 2006 de l'article de Faymonville (35), il est précisé que l'activation du cortex cingulaire antérieur pourrait refléter l'effort attentionnel du sujet pour produire une imagerie mentale, l'activation des cortex visuel et moteur pourrait expliquer la sensation de vivre vraiment la situation, et la désactivation du précunéus pourrait correspondre au marqueur de modification de conscience. En effet, il s'agit d'une zone impliquée dans la représentation et la conscience du monde environnant. En se désactivant, elle pourrait être à l'origine de la sensation de focalisation interne, d'être « coupé du monde ». Cette zone du cortex pariétal médial est particulièrement touchée dans les états de conscience altérée tels que le coma, les états végétatifs ou encore l'anesthésie générale.

Aussi, de nombreuses études ont été réalisées sur l'évaluation de la douleur et de sa modulation par hypnose. Il s'agit de l'un des domaines où la science a pu objectiver un réel impact de l'hypnose sur un symptôme. Ainsi en 1997, une étude a montré que l'hypnose pouvait diminuer voire abolir le réflexe RIII, ce réflexe nociceptif médullaire provoqué par des stimulations nociceptives douloureuses au niveau du nerf sural de la cheville et qui entraîne la flexion de la cuisse (36). Il s'agit d'un résultat notable car l'hypnose agirait, en plus du niveau cérébral, sur le niveau médullaire, et cela est objectivé par imagerie.

Ainsi, à partir de toutes ces études, nous n'identifions pas de structure précise, ni de cartographie unique de l'état hypnotique. « *L'activité cérébrale varie selon le travail réalisé durant le processus hypnotique et le type d'hypnose, de sorte qu'on observe une palette de cartographies qui dépendent du contenu de l'hypnose* » (24). Néanmoins, les dernières décennies de recherche ont permis de montrer l'existence d'un état hypnotique propre différent de l'état de veille, de sommeil ou d'imagination (stimulation notamment du cortex cingulaire antérieur, cortex occipital et cortex préfrontal, inhibition du précunéus) ainsi que l'impact objectif sur une prise en charge (par exemple dans le domaine de la douleur avec cette étude qui retrouve l'abolition du réflexe RIII).

2.3.2.3. Hypnose comme relation

En plus de l'aspect étatique et technique, il est important de noter la dimension relationnelle de l'hypnose. En effet, c'est en grande partie elle qui permet l'action thérapeutique en état hypnotique. Nous pouvons prendre l'exemple de ces hypnoses du quotidien, lorsque nous conduisons plusieurs heures sur une autoroute. La monotonie de la tâche ainsi que la fixation de la route qui agirait comme une focalisation de la vue pousse à une mise en état hypnotique. Pour autant, quel est l'aspect thérapeutique si la relation au thérapeute est absente ?

Cette notion de relation à l'autre est pensée depuis un certain temps déjà. On peut ainsi citer le marquis de Puységur qui introduit à sa cure magnétique la parole et les suggestions. *« Puységur n'est pas seulement permissif : il invente une position paritaire où patient et thérapeute se partagent à l'amiable et alternativement les positions d'ordre et d'obéissance, d'initiative et de réceptivité. On assiste ainsi à une coconstruction de l'« état magnétique », nous dirions aujourd'hui de la « transe » qui, à certains égards, n'est pas sans évoquer les relations mère-enfant, ou encore les relations ludiques entre enfants, dans lesquelles chaque partenaire dispose d'une double position permettant l'interactivité et la parité »* (18). Nous pouvons aussi citer, dans ce même ouvrage, l'importance qu'il donne à la confiance du sujet au thérapeute : *« On ne peut être magnétisé malgré soi ; et la confiance dans un magnétiseur devra toujours être le préliminaire des secours que l'on en attendra »*.

Nous citerons aussi Freud, pour qui la relation hypnotique revêt la notion de transfert, et Erickson pour qui la relation est avant tout une adaptation au sujet hypnotisé, une synchronisation et l'utilisation de techniques communicationnelles.

Enfin et plus récemment, François Roustang avance l'idée d'une présence à l'autre plus qu'une relation, tandis que Gaston Brosseau propose l'idée de « ne rien faire ».

Ainsi, à travers ces quelques exemples, on aperçoit les multiples possibilités relationnelles mises en jeu lors d'une séance d'hypnose. Chacune peut être vue comme une façon de fabriquer une dynamique relationnelle dans laquelle la thérapie s'exprimera.

2.4. Revue de littérature traitant de l'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge de l'addiction au tabac

La littérature s'intéressant à l'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge du tabagisme étant riche, nous proposons ici un rappel historique des principaux travaux (47).

Ainsi, l'évaluation de cette efficacité a été étudiée depuis des décennies, notamment dès 1980 par Holroyd (48). À l'époque, ce dernier a étudié et analysé 17 études traitant de l'hypnose dans le sevrage tabagique, publiées entre 1970 et 1980. Il conclut que plus le nombre de séances est élevé, plus l'hypnose est individuelle et personnalisée et plus on y associe de thérapies (téléphonique, conseils, éducation en santé, etc.), plus l'hypnose est efficace.

En 1992, Viswesvaran et Schmidt ont réalisé une méta-analyse sur le sevrage tabagique, dont 48 études traitaient de l'hypnose (49). Les critères d'inclusion étaient l'arrêt de consommation de cigarettes (donc ni réduction ni consommation d'autres substances), population d'au moins six personnes et un suivi d'au moins trois mois. Leur taux d'abstinence par hypnose était approximativement de 36%, ce qui était plus élevé que les autres thérapies étudiées. Les auteurs rapportent la limite concernant l'hétérogénéité des études à propos de la modalité des séances d'hypnose elles-mêmes (séance avec simples suggestions ou séances de relaxation complexe avec suggestions imagées élaborées), ainsi que l'absence de détails concernant les séances d'hypnose. Que pouvons-nous dire sur l'implication de l'hypnose si nous ne savons pas exactement ce qui a été dit lors des séances ?

Puis, en 1995, Law et Tang ont analysé 188 études contrôlées randomisées sur l'hypnose et tabagisme, et n'ont retenu que les études avec un suivi d'au moins 6 mois (50). Il ne restait que 10 études et dans lesquelles le taux d'abstinence était d'environ 23%. Les auteurs rapportent encore une fois la difficulté d'évaluation quant à l'hétérogénéité des études entre elles. Aussi, aucune de ces dix études n'a vérifié l'abstinence par des dosages biochimiques.

En 2000 ensuite, Green et Lynn ont repris 59 études sur l'efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique, en considérant l'ensemble des perdus de vue en échec d'abstinence (51). Là encore, les études sont difficilement comparables. La définition d'abstinence est différente d'une étude à l'autre, les méthodes d'assignation aux groupes de traitement ne sont pas toutes précisées et enfin, peu d'études confirment l'abstinence par des dosages biochimiques. Aussi et comme Viswesvaran et Schmidt en 1992, les auteurs notent la difficulté de savoir quelle composante de l'hypnose est évaluée dans chaque étude. En effet, nous savons que dans les thérapies cognitivo-comportementales, certaines suggestions peuvent être utilisées, et les suggestions font elles-mêmes partie de l'hypnose. Comment comparer une technique à une autre si elles utilisent certains outils

communs ? Les auteurs de cette revue critiquent aussi la comparaison des groupes. En effet, on considère souvent le groupe contrôle comme étant constamment tabagique, or on sait que certains fumeurs s'arrêtent sans aucune intervention. Ce taux d'abstinence est évalué entre 7% (52) dans une étude avec suivi à 5 mois, et 12,5% (53) dans une étude avec suivi à 10 mois. Cette comparaison peut donc augmenter les résultats en faveur de l'hypnose. Malgré tout, l'hypnose apparaît, selon Green et Lynn, plus efficace que le placebo ou l'absence d'intervention, et apparaît aussi efficace que les autres thérapies dites « non-hypnotiques » (thérapies comportementales et éducation à la santé). De cette revue, les auteurs établissent ce qu'ils pensent être des bons critères méthodologiques, notamment une séance d'hypnose reproductible, parfaitement décrite et reportée, un contrôle biochimique de l'abstinence et un suivi d'au moins 6 mois.

À la suite de cela, en 2006 et 2008 ont été réalisées des études (Elkins puis Carmody) avec une méthodologie intéressante ainsi que des résultats prometteurs. Puis en 2008, la revue de littérature Barnes et al, reprend certains des critères énoncés par Green et Lynn en 2000 pour évaluer l'hypnose dans le sevrage tabagique. La conclusion est, là encore, qu'il n'y a pas de critère qui permet d'établir une véritable efficacité de l'hypnose, mais que l'hétérogénéité des études ne permet pas de conclure sur la globalité des études.

Enfin en 2015, l'INSERM réalise un rapport qui évalue l'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge de nombreux troubles ou pathologies (3). Ce rapport conclut à l'efficacité (ou efficacité probable) de l'hypnose dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable, en analgésie péri-opératoire, dans le traitement de la dyspepsie et des bouffées de chaleur post-ménopausiques. Concernant le tabagisme (seule substance étudiée pour l'évaluation de l'addiction), il reprend la revue Cochrane Barnes, Dong et al, ainsi que deux essais randomisés (Hasan, Zagarins et al.) et un essai réalisé en 2013 ayant inclus 223 patients (Dickson-Spillmann, Haug et al.). Ainsi, même si certains résultats sont encourageants, on ne peut conclure à son efficacité dans le traitement de l'addiction au tabac.

Les auteurs de ce rapport soulignent certaines limites à l'évaluation de ces études quantitatives :

- La standardisation de l'intervention semble difficile voire impossible pour l'hypnose. En effet, chaque séance est individuelle et s'adapte au patient et à sa demande. Le contenu même de la séance est variable d'un sujet à l'autre. Certaines études ont tenté de limiter cette hétérogénéité d'intervention en réalisant un script de la séance. Mais dans ce cas, comment savoir si les résultats (décevants) obtenus ne sont pas dus au fait que la technique ainsi évaluée ne correspond pas à la technique habituelle en hypnothérapie ? Comment savoir si l'un des aspects de l'efficacité de l'hypnose ne tient pas justement à cette personnalisation de séance ?

- Les biais liés à l'absence d'aveugle. Il est en effet très difficile voire impossible de mettre en place une intervention hypnotique dans laquelle ni l'intervenant ni le sujet ne sait de quelle thérapie il bénéficie. Les croyances respectives de l'un et l'autre peuvent ainsi influencer les résultats.
- Les biais liés au bras de contrôle placebo. Comment réaliser le contrôle d'une intervention hypnotique par un placebo ? Quel type de placebo mettre en place sans que ce placebo utilise des composants de l'hypnose elle-même ? On comprend ces difficultés par notre manque de connaissances précises sur les composantes actives qui sont propres à l'hypnose. Connaître ces composantes, c'est permettre une meilleure reproductibilité du phénomène hypnotique. Ceci permettrait d'homogénéiser les séances et donc permettrait des comparaisons de résultats.
- Le choix difficile des critères de jugement. Comment être sûr que l'on évalue notre étude à partir d'un critère de jugement adapté ? Cette question mérite d'être posée car, lors de l'évaluation de l'analgésie hypnotique des femmes pendant le travail et l'accouchement, il a été retrouvé « *un hiatus entre les critères de jugement retenus dans les essais comparatifs randomisés et les effets rapportés par les femmes dans les études qualitatives* ». Ainsi, ces femmes « *ne mettent pas en avant l'effet antalgique de l'hypnose, ou le moindre risque de complications, mais un vécu global positif et des facteurs contribuant à ce vécu positif (confiance, rôle actif, relaxation...)* ». Concernant la prise en charge du tabagisme, cela signifierait qu'une évaluation de l'efficacité de l'hypnose sur des variables quantitatives (arrêt ou non de l'usage, nombre de cigarettes consommées par jour avant et après intervention, etc.) peut possiblement passer à côté d'une efficacité elle, moins quantifiable.

Il est donc proposé de réaliser davantage d'études qualitatives, afin de déterminer plus précisément les composantes actives propres à l'hypnose et de déterminer les critères de jugement les plus pertinents.

3. Étude de cas

3.1. Introduction

On comprend ainsi que la réalisation d'études quantitatives ne semble pas être, pour le moment, la méthode la plus adaptée pour évaluer l'efficacité de l'hypnose. La réalisation d'études qualitatives semblent être un compromis intéressant, même si cette méthode présente une puissance moindre. Elle permet en tout cas de s'affranchir de certaines règles indispensables lors d'essais contrôlés randomisés et donc de respecter au plus près la nature de l'intervention hypnotique. Notre travail d'étude de cas s'inscrit donc dans la lignée de cette proposition méthodologique.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact d'une prise en charge par hypnothérapie sur la consommation de tabac, à 1 mois et 2 ans, d'une personne ayant une addiction au tabac. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer son ressenti global concernant la prise en charge par hypnose, évaluer l'existence ou non de bénéfices secondaires à un mois et deux ans des séances, ainsi que d'évaluer l'envie du sujet de poursuivre une prise en charge par hypnose.

Il s'agit d'un travail débuté lors de la réalisation d'un mémoire pour l'obtention du DIU d'hypnose thérapeutique, poursuivi et mis à jour pour ce travail actuel. Par souci de clarté, je n'ai pas modifié certains éléments de temporalité. J'ai notamment laissé ma présentation de l'époque, lorsque j'étais encore interne en médecine et en cours de formation d'hypnose.

3.2. Matériel et méthode

Mon travail visant à expérimenter et évaluer une pratique d'hypnose, je n'intégrerai pas dans ma prise en charge les autres thérapies qui peuvent être utilisées en addictologie (traitement substitutifs, traitements médicamenteux non nicotiniques, etc.).

Aussi, chaque modèle expérimental doit prendre en compte l'importance de l'effet placebo, et notamment lors de l'utilisation de l'hypnose. En effet, il est intéressant de noter que *« l'hypnose peut à bien des égards être comprise comme un effet placebo structuré, autrement dit comme une méthode qui permet de moduler intentionnellement des dimensions du soin physique et psychique qui, dans d'autres pratiques, sont abandonnées au rang d'« aléas » ou d'éléments non contrôlables »* (30). Dans cette optique, je lui ai laissé toute la place de s'exprimer par des détails qui n'en sont pas (facteurs pouvant l'accentuer) : difficulté de me rendre disponible du fait d'une forte demande de séances d'hypnose, confiance, enthousiasme, grande disponibilité et « bonne » présentation au moment de la consultation. L'environnement aussi a été soigneusement préparé.

La technique hypnotique utilisée est celle correspondant à ma formation initiale à savoir une hypnose dite Ericksonienne.

3.2.1. Modalités des séances

J'ai pris le parti de faire un suivi sur trois séances avec :

- Un premier entretien préalable qui me permet d'en savoir plus sur la personne, sa consommation, ses éventuelles autres consommations, son environnement, ses motivations, etc. Nous verrons que j'utilise certains outils de l'hypnose dite « conversationnelle », ou hypnose sans induction.
- Une deuxième rencontre, qui sera en fait une séance centrée sur un « lieu secure ». Il s'agit d'un endroit réel ou imaginé, choisi par le sujet hypnotisé et qui lui semble agréable et confortable.
- Une troisième rencontre, qui se sera inspirée des éléments apportés jusque-là.

Les séances se sont déroulées du 31 mars au 14 avril 2018.

3.2.2. Méthode de recrutement

J'ai posté un message sur le groupe Facebook© du SIMGA (Syndicat des Internes de Médecine Générale d'Aquitaine). Ce groupe est composé d'internes de médecine générale à différents niveaux de leur parcours d'internat (du premier au dernier semestre). Je trouvais intéressant de sélectionner un patient parmi ce groupe d'internes de médecine. Le message à l'époque présentait l'étude comme étant la réalisation de séances d'hypnose pour aider à modifier sa consommation de tabac. En postant le message sur ce groupe, j'ai ainsi pu sonder le degré d'intérêt du corps médical en formation pour l'hypnose. En 48 heures, je comptabilisais 14 « j'aime », 6 commentaires, 6 personnes volontaires dont 5 filles et un garçon, et une autre personne qui me demandait des informations sur le DIU d'hypnose thérapeutique.

Les critères de recrutement définis sont :

- Tabagisme actif sans sélection sur la quantité ni le type de tabac fumé.
- Avoir une addiction au moins légère selon les critères DSM-V.
- Disponibilité pour 3 séances à environ 1 semaine d'intervalle.
- Se sentir prêt(e) à diminuer, si ce n'est arrêter de fumer.
- Être prêt(e) à faire des exercices quotidiens entre les séances.

Sur toutes les demandes, j'ai sélectionné une interne en 5ème semestre, Juliette. Elle présentait une addiction au tabac sans autres consommations associées, se rendait très disponible pour les séances et semblait motivée pour réaliser des exercices à domicile. Nous avons échangé quelques messages en amont de notre première rencontre : j'ai appris qu'elle fume depuis 2015, année de sa D4 et de son concours d'internat. Elle était stressée et dit que fumer la détendait. Puis, d'une cigarette sur son balcon, elle augmente sa consommation à des cigarettes à chaque pause. Enfin, elle fume un paquet à chaque soirée, et un demi paquet depuis le début de l'internat. Elle a essayé sans succès de limiter sa consommation.

Depuis le mois de janvier 2018, elle fume une cigarette électronique, n'achète plus de paquet mais fume quand même trois cigarettes par semaine. Elle consomme sans limite en soirée. Elle précise aussi : « *Avec la clope électronique c'est non-stop du matin au soir : pire que les cigarettes j'ai l'impression. Je fume car je suis une angoissée et j'ai l'impression que ça me détend même si on sait que c'est pas vrai* ». Elle présente ainsi, selon ces premières informations, au moins une addiction légère au tabac selon les critères du DSM-V.

3.2.3. Recueil et analyse de données

Le recueil de données a été réalisé à l'aide d'un dictaphone de téléphone portable, puis retranscrit en intégralité sur un premier support (logiciel de traitement de texte Open Office©). Certaines parties de ce verbatim ont été reprises en intégralité, notamment les séances d'hypnose formelle. Ceci nous a semblé fondamental pour aider le lecteur à comprendre la structure et le contenu d'une séance d'hypnose. D'autres parties ont été classées en catégories, notamment lorsque le sujet raconte son histoire de fumeuse. Cette analyse thématique a été faite par souci de clarté. Enfin, d'autres parties ont été résumées, notamment les dialogues qui précédaient le début des deuxième et troisième séances. Il ne nous semblait pas nécessaire de reprendre l'intégralité de ces dialogues.

La présentation de ce travail se fera ainsi principalement par des retranscriptions d'entretien. Des informations complémentaires et explications concernant les outils hypnotiques utilisés à chaque partie retranscrite seront ajoutées.

Aussi, nous avons repris certains éléments du langage corporel lorsqu'il nous semblait pertinent de les notifier.

Durant la première séance, nous avons demandé à la patiente de compléter différents questionnaires sur un support papier (cf annexe 4).

Enfin, lors du suivi à deux ans, la patiente a rempli un questionnaire, envoyé par mail.

3.2.4. Suivi

Un premier suivi a été réalisé un mois après l'intervention. Il consistait en une évaluation de la consommation de tabac et de son ressenti global suite à ces interventions hypnotiques. Ce suivi s'est fait par mail.

Un second suivi plus tardif a été réalisé deux ans après l'intervention, en mai 2020. Il consistait en un questionnaire (voir annexe 5). Une première partie de ce questionnaire comportait des questions « quantitatives » et fermées, centrées sur la consommation de tabac. Une seconde partie présentait des questions plus ouvertes sur l'expérience hypnotique elle-même.

3.2.5. Éthique et cadre légal

La patiente a bénéficié d'une information orale claire loyale et précise concernant les modalités des séances, la finalité des résultats ainsi que la conservation sécurisée des données.

En amont des séances d'hypnose et du suivi à un mois, un accord verbal et consentement écrit ont été obtenus par la patiente (voir annexe 6). En amont du suivi à deux ans, un nouvel accord verbal ainsi qu'un consentement écrit ont été obtenus (voir annexe 7).

Pour garantir l'anonymat de la patiente, son prénom a été changé. Toutes les informations personnelles ont été échangées par messagerie privée, mails ou échanges téléphoniques.

Ce travail n'a pas nécessité de déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ni auprès du Comité de Protection des Personnes. Il n'a pas été réalisé de demande d'avis au comité d'éthique.

3.3. Résultats

3.3.1. Premier entretien, où l'hypnose conversationnelle côtoie la prise d'information

3.3.1.1. Installation d'un cadre souple

J'ai donné rendez-vous à Juliette un samedi matin à 9h30 à la maison. Je voulais ainsi créer une première rupture de cadre par un lieu de consultation qu'elle ne connaissait pas. C'était un samedi pluvieux, et après le week-end et l'heure matinale du rendez-vous, c'était une raison de plus pour mettre sa volonté à l'honneur. Je l'avais prévenue quant à l'enregistrement audio de l'entretien, mais au début nous avons simplement fait connaissance et parlé de choses variées. Cela me paraissait important de la mettre à l'aise. J'en ai profité pour faire un mirroring et pacing respiratoire. L'idée est ainsi de se rapprocher du comportement du patient (sans tomber dans la caricature en le singeant), et de se mettre à son rythme. Il s'agit du « pacing et leading », on suit le rythme du patient avant de lui faire des suggestions. Puis je lui ai proposé de commencer cet entretien et ai commencé l'enregistrement :

«- Tiens, je vais me mettre à côté de toi plutôt...

- Je bouge moi ?

- Tu te mets ou tu veux... (elle reste où elle est)... Ok... Bon, c'est pas la première fois qu'on se voit je crois ?

- Non, on a eu des cours ensemble.

- C'est ça... Et donc tu viens pour un premier entretien d'hypnose ?

- C'est ça...

- Un samedi matin ?

- C'est ça

- Pluvieux en plus...

- Pluvieux !

- Pour arrêter ou au moins diminuer ta consommation de tabac ?

- Faut que j'arrête ! Mais pour l'instant c'est un échec !

- Il faut que tu arrêtes...

- Il faut que j'arrête ! Parce que diminuer... ça veut dire que si je diminue mes clopes, que j'en suis par exemple à deux clopes par jour pendant deux ans, ça ne change pas le fait que j'ai fumé pendant 2 ans...

- Ok...

- *Et ça ça me perturbe.*
- *Ça te perturbe...*
- *Ça me perturbe oui.*
- *Donc si je résume tu es là un samedi matin pluvieux, pour arrêter de fumer complètement !*
- *Voilà !*
- *Et tu es donc formidablement installée et confortable sur cette chaise en formica ?*
- *(Elle rigole) Oui je suis très bien ».*

Sur cette introduction, j'ai voulu poursuivre la rupture de cadre de l'environnement (en l'invitant dans ce lieu qu'elle ne connaissait pas) par un changement de position un peu inhabituel, à savoir me mettre à côté d'elle, et non en face d'elle. Ces différentes ruptures ont leur importance. « *L'un des grands apports de l'École de Palo Alto et d'autres branches thérapeutiques, comme la systémie, est d'avoir montré l'importance à la fois du cadre et des ruptures de cadre pour atteindre le changement. En effet, on pourrait dire que le patient est « tout à son symptôme » : il organise sa vie en fonction, centre sa réflexion en fonction de sa présence, etc. Autrement dit, avec le temps se construit une forme de cadre rigide, un lit, au symptôme qui va à l'encontre de toute perspective de changement même si le désir d'évolution est présent dans le discours du patient* » (20).

J'ai laissé ouvert la possibilité qu'elle modifie sa distance par rapport à moi (dans le doute qu'elle nous trouve trop proches ou à l'inverse trop éloignés) : « *tu te mets où tu veux...* ».

J'ai rapidement fait une séquence d'acceptation avec les truismes (séquence d'acceptation) : « *tu viens pour un premier entretien d'hypnose [...] un samedi matin [...] pluvieux [...] et tu es donc formidablement installée et confortable sur cette chaise en formica* ».

Aussi, sur cette courte séquence, on peut noter la puissance du mirroring que j'avais commencé avant l'enregistrement et qui s'est poursuivi ici par les mots : « *C'est ça* », « *pluvieux* », « *il faut que j'arrête* », « *ça me perturbe* ».

Puis je lui ai demandé de me parler de son histoire avec le tabac, j'ai retranscrit alors ce qui s'est dit et j'ai mis en gras les mots qui me paraissent importants : ils reviennent assez fréquemment durant tout l'entretien et on peut les rassembler en cinq grands groupes :

- **Vie sociale et entourage** comme facteur favorisant le tabagisme.
- **Raisons pour arrêter de fumer.**
- **Dévalorisation de soi**, mise en échec.
- Importance de l'**objet** de la cigarette.
- Importance du **rituel**.

3.3.1.2. De sa première cigarette à son début de tabagisme

« - Alors ma toute première cigarette, je pense que j'avais 14/15 ans, **ma mère fumait**, je me suis dit il fallait que j'essaie donc j'ai essayé, ça m'a pas plus du tout, aucun intérêt... Puis j'ai passé mon adolescence à coller des post-it « la tabac c'est tabou, on en viendra tous à bout » partout dans la maison, parce que **mon grand-père fumait ses gauloises** partout dans la maison... C'était insupportable...

- C'était à quel âge ça?

- Oh vers 14/15 ans... je collais des post-it... tu sais sur la porte des toilettes ? Je mettais des post-it dessus... Et puis j'ai pas fumé au lycée, aux soirées non plus... je consommait pas d'alcool non plus... puis j'ai fait médecine, les premières années je fumais pas non plus, **je faisais pas trop la fête en même temps... ça a quand même un rapport**. Après **j'ai commencé à plus faire la fête**... Va savoir pourquoi, j'étais habituée à l'odeur, j'aimais bien l'odeur... **À l'époque j'étais avec un copain qui ne supportait pas la cigarette**... Et puis après en D4 j'étais trop stressée c'était l'horreur ... de base **je suis trop stressée** ... **j'ai toujours besoin d'avoir quelque chose dans les mains** tu vois... **je suis toujours stressée**... Avec mon copain on s'est quittés... ça m'a pas fait grand chose mais **j'étais très stressée**... Et puis en sortant de la bibliothèque quand j'arrivais chez moi je voulais faire un truc cool... Je me suis pas dit tiens je vais acheter un paquet de cigarettes, trop cool hein... Mais **ma cousine** habitait pas loin, et un jour elle a laissé son paquet, j'étais sur mon balcon, **j'étais hyper stressée** donc je me suis dit tiens je vais m'allumer une cigarette ! Idée de génie tu vois...

- D'accord je vois... Donc je reprends : tu as essayé la cigarette à 14 ans et ça ne t'a pas plu... ça ne t'a pas plus, puis tu t'es donné pour mission de faire arrêter la cigarette dans ta famille ? Avec des post-it dans les toilettes... puis tu commençais à t'habituer à l'odeur de la cigarette des autres ?

- C'est ça... ça me dégoûtait pas quoi...

- Et puis plus tard, tu étais stressée, et il y a un paquet qui traînait chez toi, il était là au mauvais endroit au mauvais moment et donc tu as commencé là sur ton balcon ».

On voit l'importance du **stress** dans sa vie, comme un trait de personnalité et comme origine éventuelle de sa consommation. Une excellente porte d'entrée à de nombreux exercices.

Aussi, on voit ses canaux sensoriels préférentiels : l'odorat (« j'étais habituée à l'odeur, j'aimais bien l'odeur » ; « ça me dégoûtait pas quoi ») et le kinesthésique (« j'ai toujours besoin d'avoir quelque chose dans les mains »).

3.3.1.3. De sa vie de fumeuse à la cigarette électronique

Puis, suivant la chronologie de sa vie de fumeuse, elle raconte comment elle a augmenté sa consommation de manière progressive, grâce :

- **Aux rituels** : « *tous les jours je rentrais de la bibliothèque et je fumais à la même heure une cigarette* », « *après c'est la clope rituelle hein* », « *j'ai fait des stages ou tout était ritualisé... Les pauses et fin de journée aux mêmes heures* », « *au début j'étais ritualisée que le soir... Et puis progressivement j'ai installé mes rituels en journée... Donc mes rituels en journée associés à ceux du soir de ma D4... Je combinais les deux* ».
- **À la vie sociale** : « *donc je me suis mise à fumer en soirée... sans limite en soirée...* », « *en soirée je n'avais pas de limite, ça pouvait être un paquet sans problème* », « *je me suis retrouvée avec des chefs qui fumaient pas mal...* », « *pareil, un chef fumait donc je fumais entre midi et deux* », « *après j'étais avec des chefs qui fumaient donc...* », « *et comme niveau sociabilité je faisais beaucoup de soirées je ne me voyais pas rien avoir quoi...* ».
- enfin, elle raconte avoir essayé d'arrêter grâce à la cigarette électronique. Elle revient à ce moment sur l'importance de **l'objet** : « *je voulais pas de patch, parce que c'était obligé que j'avais quelque chose dans la bouche...* », « *je faisais beaucoup de soirées, je me voyais pas rien avoir quoi* ». Elle décrit rapidement cette tentative d'arrêt : « *ça a été un échec quoi* ». On peut y voir une forme de dévalorisation, un pattern qu'elle répète tout au long de l'entretien.

3.3.1.4. De la cigarette électronique pour une tentative d'arrêt au... drame

Elle raconte à ce moment qu'elle a acheté une cigarette électronique en novembre avec pour objectif d'arrêter de fumer le 1er janvier. Réussite initiale, puis au contact d'autres fumeurs, elle a repris la cigarette « classique ». On retrouve dans cette partie les mêmes idées qui reviennent à savoir :

- Le rôle de la **vie sociale** : « *j'avais prévenu tout le monde* », « *j'étais plus en contact avec des non-fumeurs qu'avec des fumeurs donc j'ai pas ressenti de difficultés au départ* », « *puis il y a eu les soirées* », « *ma sœur* ».
- **Dévalorisation** d'elle-même : « *comme une folasse* », « *c'est un plan un peu foireux* », « *c'est l'échec quoi* ».
- L'importance de **l'objet** : « *je vois son paquet c'est foutu* ».

3.3.1.5. Le « drame »

« Et là **drame** de la semaine : ma cigarette électronique s'est arrêtée de fonctionner lundi... Donc là : **drame**. Je me suis dit n'en rachète pas puisque tu veux arrêter de fumer... Donc ce truc **c'est pas bien**... N'en rachète pas... Donc j'ai passé la journée **c'était horrible**... Et mardi j'ai attendu le soir pour fumer sur la clope de mon copain, et nous on est dosés à **6 mg** et c'est clairement pas assez dosé pour nous... Enfin c'est clair, parce que quand je tire sur du **12 mg** j'ai plus du tout envie de fumer parce qu'elles sont quand même bien dosées... Mais bizarrement je veux pas acheter de 12 mg car **ça me fait mal à la tête**... **Je préfère tirer sur du 6 mg toute la journée que de prendre des 12 même si j'ai bien compris que c'était ça la solution**...

- Ok... Et c'est intéressant car ton copain fume aussi et essaie d'arrêter ? Avec toi ?

- Ah bah oui, lui il fumait même plus que moi... Mais lui c'est vraiment en soirée... Moi je pensais que c'était aussi qu'en soirée et en fait non... Lui n'a pas de problème en journée de fumer sa cigarette électronique avec des fumeurs...

- Vous avez acheté la cigarette électronique en même temps ?

- Oui

- Et il fume que le soir ?

- Non toute la journée quand même

- Ok mais si il voit un paquet de cigarettes il sera moins tenté que toi de fumer dessus ?

- Oui non, il le vit pas mal... parce que **moi je le vis mal**... **c'est l'échec**... et ouais...

- D'accord...

- Donc le lundi j'étais en craving toute la journée **c'était horrible**... Le soir **j'ai tiré sur sa cigarette électronique jusqu'à minuit**... Le mardi je me disais « non t'achètes pas t'achètes pas... ». La stratégie de la semaine c'est de ne pas fumer en journée, je fumerai que sur sa cigarette électronique le soir... Me désintoxiquer du truc quoi... Et puis le mardi je suis passée devant un bar tabac... et j'ai acheté le paquet quoi !

- Le paquet...

- Oui ! Et le soir j'ai fumé deux trois cigarettes sur mon balcon et j'allais vachement mieux...

- Ok... Du coup depuis mardi ?

- Bah je suis partie chez mon copain et j'ai fait exprès de pas prendre le paquet... et de toute la semaine j'ai attendu le soir pour fumer sur sa cigarette à fond... mais **c'était compliqué quoi**... là je me dis que je vais devoir m'en racheter une quoi parce que sinon **je sais pas comment je vais faire**... ».

Dans cette partie encore, on retrouve une dévalorisation de son vécu, de ses tentatives : « *je ne sais pas comment je vais faire* », « *c'était compliqué* », « *c'était horrible* », « *moi je le vis mal, c'est l'échec* », « *drame* », « *c'est pas bien* ».

Il est intéressant de noter ici et dans le récit précédent les stratégies mises en œuvre pour ne pas fumer : « *j'ai fait exprès de pas prendre le paquet* », « *la stratégie de la semaine c'est de ne pas fumer en journée* », « *je me préparais depuis décembre à ne plus fumer en janvier* », « *puis le plan c'était que de janvier à juin je ne fume plus que la cigarette électronique, puis en juin plus rien* ».

Aussi, je souligne les chiffres de dosage de nicotine : 6 mg (sous dosé, mais qu'elle préfère pour « *tirer dessus toute la journée* ») et 12 mg (« *bien* » dosé, mais lui fait mal à la tête). Je pense m'en resservir dans une séance ultérieure.

3.3.1.6. Outils hypnotiques utilisés durant cette première partie d'entretien

Durant tout ce récit, j'ai utilisé quelques supports et outils communicationnels d'hypnose. Je me focalisais sur elle, montrant que j'accordais toute mon attention sur ce qu'elle me disait. Je validais ce qu'elle me disait par un langage verbal (« *oui* », « *tout à fait* », « *je comprends* »), non verbal (un acquiescement, un sourire, un signe de tête) et paraverbal (timbre doux de la voix, rythme lent). Parfois, je relativisais : « *oui ce sont des choses qui peuvent arriver oui...* ». J'ai utilisé aussi l'outil de la reformulation et du questionnement : cela me permet de montrer que j'ai parfaitement assimilé son histoire (ratification) avant de lui proposer quelque chose qu'elle acceptera probablement plus facilement : accepter avant de proposer.

Après son récit sur l'historique de son tabagisme, je lui ai posé une question qui se rapproche d'un choix illusoire : « *veux-tu arrêter complètement ou fumer encore une cigarette de manière occasionnelle ?* », question à laquelle elle répondit vivement qu'elle devait arrêter complètement car fumer de manière occasionnelle, « *c'est foireux* ».

3.3.1.7. Suite et fin de l'entretien

Après avoir parlé de son histoire du tabac, je lui ai demandé de remplir quelques feuilles de questionnaire (voir annexe 4). Je voulais ainsi prendre des informations supplémentaires sur un autre support, et utiliser une méthode « d'occupation » pendant que j'instille des suggestions directes. Cette méthode est employée surtout avec les enfants voire les adolescents, mais je trouvais cela intéressant dans une dynamique de premier entretien. Parmi les questionnaires, j'ai utilisé l'outil du « portrait chinois ». Il s'agit d'une technique permettant de décrire de manière indirecte son tabagisme et, par opposition, son sevrage. On utilise ensuite ces informations pour faciliter le

changement d'état désiré grâce à des métaphores lors de séance d'hypnose formelle.

Je lui ai signifié, avant qu'elle commence à répondre à l'ensemble des questions, qu'elle devait écrire la première chose qui lui passait par la tête à chaque question et qu'elle devait remplir cela rapidement. J'en ai aussi profité pour me lever de table et m'occuper à côté de telle sorte qu'elle ne cherche pas mon regard : tout cela avait pour objectif qu'elle soit pleinement concentrée sur ce qu'elle écrit tout en écoutant mon histoire. J'ai commencé ainsi à énoncer des suggestions directes :

« - *En tout cas merci encore de t'être portée volontaire... j'apprécie beaucoup... un samedi matin... **Tu as une volonté de fer ! T'es venue un samedi matin... pluvieux... à 9h30... pour que... tu arrêtes de fumer...***

- *Oui mais regarde j'ai pas du tout arrêté en fait...*

- *Oui mais que tu sois là... **Tu es très courageuse...** ».*

J'ai ensuite raconté une histoire, l'histoire d'un très bon ami :

« - *C'est marrant parce que ton profil me fait penser à un très très bon ami à moi... Comme toi, il s'est mis à fumer assez tardivement... Il est pas dans la médecine, il est dans le cinéma... il fait des scénarios... et pareil il s'y est mis progressivement au contact d'autres fumeurs... et puis il s'est acheté une cigarette électronique, un peu comme toi... en se disant que ça allait être le premier changement pour arrêter...*

- *C'est l'enfer ce truc.*

- *Et en fait il a réussi à arrêter les vacances de l'année dernière... Il a réussi à arrêter la cigarette électronique et à arrêter complètement de fumer... Je me souviens on était en Ardèche, autour de la piscine il faisait très chaud... et puis il a complètement arrêté de fumer... Il me disait la dernière fois : « quand ... **tu arrêtes de fumer... tu sens l'odeur de la cigarette des gens qui passent... Ça te dégoûte...** » .*

- *Ah bah moi ça m'a jamais dégoûtée pour l'instant... Je leur disais « fumez-moi dans la gueule » ! Je me mettais au milieu des fumeurs... (rires)*

- *Et bah lui il me disait « **tu arrives à arrêter de fumer, tu sens qu'il y a un truc qui s'est passé dans ta tête ... Tu perçois la fumée des autres différemment... tu sens le caractère nocif de la fumée des autres...** » .*

- *Bah c'est pas encore le cas hein...*

- *Et il avait peur aussi de perdre le côté sociable de la cigarette... et en fait pas du tout... C'est une expérience positive... pour mon ami... C'est pour ça que je suis confiant pour toi... ».*

En rapportant un dialogue que j'aurai pu avoir avec lui, cela me permet de confondre le présent de

l'indicatif avec l'impératif : je fais ainsi mes suggestions directes. J'en ai profité aussi pour faire l'énonciation d'un doute prudent : « *et il avait peur aussi de perdre le côté sociable de la cigarette... et en fait pas du tout... C'est une expérience positive... pour mon ami* ». Pendant que je parlais, elle était complètement à l'écriture de ses réponses, elle m'écoutait sans m'écouter.

Puis je lui ai demandé comment elle voyait l'hypnose. Par cela, je voulais comprendre ses représentations de l'hypnose. En effet, des travaux ont été menés et ont mis en évidence l'importance de ces représentations. Notamment, « *Orne s'est posé la question de savoir dans quelle mesure l'hypnose est simplement le produit des représentations qu'a le sujet concernant le « comportement sous hypnose », voire une réponse à quelque chose de l'ordre de la désirabilité sociale (adopter le comportement qu'il pense attendu de lui). Il montra notamment l'importance des préconceptions (lorsqu'un individu assiste à une conférence sur l'hypnose avant une séance, il va spontanément avoir tendance à reproduire le comportement qui aura été présenté comme spécifiquement hypnotique)* » (20). Elle m'a ainsi rapporté qu'elle s'imaginait avant tout cela comme une conversation, et m'a même parlé d'hypnose conversationnelle, ce qui m'a surpris. Je l'ai questionnée sur ce qu'elle pensait de l'hypnose spectacle, ce à quoi elle a répondu qu'il ne s'agissait pas là d'hypnose médicale. Elle ajoute aussi que parfois, on peut détendre les gens, mais que pour elle, l'efficacité de ce genre de séance est difficilement imaginable car elle est « *trop stressée de nature* ».

Je lui ai ensuite proposé de ressentir maintenant l'effet négatif du tabac, lui demandant ainsi de décrire précisément ses sensations, puis d'essayer de ressentir à l'inverse et dans une autre partie du corps une sensation agréable. Cela m'a permis de savoir que ses sensations désagréables associées au tabac étaient une oppression thoracique, des palpitations et une gêne à gauche de la poitrine ; et à l'inverse la sensation plus agréable était une légèreté qui remonte des pieds jusqu'à la poitrine sans que celle-ci arrive à chasser la gêne à gauche de la poitrine. Je regrette en réécoutant la séance de ne pas lui avoir fait préciser un peu plus cette sensation agréable. Elle ne m'a précisé que la sensation désagréable et je me demande si je lui ai permis de ressentir « assez » cette sensation de légèreté en qualité et quantité pour qu'elle puisse repousser la sensation d'oppression. Je ratifie en lui disant que c'était très bien d'avoir senti tout cela. Elle m'apprend aussi qu'à la maison, quand elle se sent anxieuse, elle fait un exercice de respiration (trois cycles respiratoires) ce qui la soulage et enlève la sensation d'oppression. Je la félicite à ce moment qu'elle utilise déjà des outils propres à elle pour se détendre.

Je poursuis ensuite l'entretien par une histoire de petit miracle :

« - *Imaginons ce soir, tu t'endors... et il s'est produit un miracle dans la nuit, on ne sait pas quoi... mais tu te réveilles demain matin et tu n'as plus du tout envie de fumer... mais plus du tout !*

- *Bah je serai contente !*

- *Voilà, il y a un miracle, et **demain matin tu n'as plus envie de fumer**... Imaginons maintenant qu'il y a un petit observateur qui te suit partout... un petit animal par exemple, une petite souris... Comment elle verrait que tu n'as plus envie de fumer ? Quels sont les petits signes qui lui montrent que **tu n'as plus du tout envie de fumer** ? ».*

Ce à quoi elle a répondu qu'elle ne fouillerait pas dans sa collocation pour trouver un paquet de cigarette, et que même si elle trouve un paquet, elle ne le toucherait pas. Elle dit aussi : « *j'irai sur mon balcon tu vois... Et je regarderai le soleil...Ça serait bien ça !* ». Je me note le soleil pour l'utiliser plus tard.

C'est un outil qui lui permet de se projeter et de réfléchir aux changements et impacts que cela aura sur sa vie quotidienne. Cela me permet aussi de me projeter sa vie sans tabac, et donc d'utiliser éventuellement ces informations par la suite. J'ai volontairement mélangé les temps : « *demain matin tu n'as plus envie de fumer* », ce qui me permet là encore de faire une suggestion directe.

Enfin, je termine la séance avec quelques outils empruntés à Patrick Bellet (17) :

- Remise d'une ordonnance orale de contre-indication, pour le moment, à arrêter de fumer : je trouve cela intéressant car cela rassure et déculpabilise un patient fumeur qui aurait tendance à se mettre une pression trop élevée (ce qui, je pense, est son cas).
- Je l'incite aussi, jusqu'à la prochaine séance, à se regarder fumer : cela lui permet de se voir active plus que passive dans son tabagisme. Elle s'appropriera ainsi son moment de cigarette et portera, je l'espère, une réflexion sur différents types de cigarettes, c'est-à-dire différentes occasions de fumer (fumer par habitude, pour gérer certaines émotions, etc.).
- Je lui demande aussi de ne pas parler aux autres de son désir d'arrêter, là encore pour la détendre sur des objectifs irréalisables qu'elle pourrait se donner, et un renforcement négatif en cas d'échec. Je fais ainsi écho à sa tentative d'arrêt du mois de janvier, où elle en avait parlé à tout le monde et avait même eu un pin's « moi(s) sans tabac ».

Tout au long de l'entretien, j'ai été marqué par les répétitions de certaines idées, pensées, croyances, justifications. Ce qui m'a sauté aux yeux quand j'ai relu l'entretien, c'est son manque de reconnaissance envers elle-même. Elle parle beaucoup d'échec et ne se félicite pas de ses tentatives d'arrêt. On voit aussi l'importance de l'objet de la cigarette, et l'importance des « autres ». Elle se définit aussi comme une grande anxieuse et que le tabac ne l'aide pas à ce niveau-là. Elle dit fumer

car elle a « l'impression que cela la détend », elle a d'ailleurs commencé à fumer dans une période où elle se disait « très stressée ». Mais quand elle a arrêté deux semaines en janvier dernier, elle a pu ressentir le bien que cela lui procurait sur cette angoisse... Je partirai de ses importances pour les prochaines séances.

Durant ce premier entretien, je me suis senti à l'aise avec Juliette. Nos nombreux points communs (notamment professionnels) ont facilité les premiers échanges. Ils étaient simples, faciles, presque amicaux, mais sans que je laisse la sympathie submerger l'empathie. J'ai gardé une distance nécessaire pour maintenir un cadre thérapeutique. Comme dit précédemment, en relisant les transcriptions, plusieurs notions m'ont sauté aux yeux, et notamment son anxiété. Durant la séance aussi, elle me donnait cette impression d'anxiété « mal maîtrisée » ou « mal canalisée ». J'ai vraiment eu l'image d'une personne en chute libre, essayant de se raccrocher à quelque chose : la sensation de chute libre intérieure (stress, anxiété) qu'on essaie de limiter par la préhension de quelque chose (objet, cigarette, entourage). Cela a probablement influencé ma volonté de centrer la prochaine séance sur un lieu secure avec un retour à ce qui se passe à l'intérieur de soi, un intérieur détendu. J'ai ainsi pu rassembler beaucoup d'informations pendant cet entretien, informations que je vais évidemment utiliser dans les séances suivantes.

3.3.2. Deuxième séance

J'ai retrouvé Juliette une semaine plus tard pour une nouvelle séance, formelle cette fois-ci.

Pendant cette semaine, elle a réussi à ne pas fumer avec sa sœur (premier petit pas en direction du miracle), je l'ai ainsi félicitée de ce premier pas. Elle m'a aussi dit qu'elle songeait sérieusement à s'acheter une cigarette électronique. Aussi, avant de la revoir, je lui avais demandé d'amener pour cette deuxième rencontre un objet particulier pour elle, un objet qu'elle puisse avoir sur elle tous les jours : elle a amené un porte-clés de Yoda. Je l'ai donc invitée, après une séquence de truismes, à s'installer confortablement pour cette séance d'hypnose :

« - À tout moment de la séance tu peux modifier ta position, tu peux ouvrir les yeux si tu as les yeux fermés et les fermer si tu as les yeux ouverts, tu peux me parler si tu en ressens le besoin... Ou tu peux ne rien dire du tout... C'est comme tu veux...

- D'accord...

- Tu peux tout faire à tout moment... Si tu es bien confortable, permets à ton regard de se promener dans la pièce... De regarder dehors...

- Je vois des jolies fleurs...

- Des jolies fleurs... le ciel gris aussi... l'arbre la végétation... Et puis tu peux regarder des objets

dans la pièce... les tasses... sur la table... les horloges sur le mur...

- Des jolis tableaux...

- Des jolis tableaux... Très bien... Et tout en regardant autour de toi... dehors, dedans... les objets proches et lointains... tu peux porter ton attention sur des bruits... des bruits dans la pièce... le bruit du frigo par exemple ...

- Et de l'horloge...

- Et de l'horloge aussi... Et puis parfois quand on se concentre vraiment bien, on peut entendre des bruits à l'extérieur...

- Hmm

- Ou pas... Tout en... tout en entendant ces sons... peut-être que tu peux choisir un point... qui peut paraître ordinaire comme ça... et en fait on a comme une envie de se concentrer dessus...

- Je regarde un carré juste en face...

- Très bien... Porte ton attention sur ce carré... Tout en percevant les sons... de l'horloge et du frigo... Parfois quand on se concentre sur un point fixe ou une forme, elle devient flou... ou se déplace... ou change de couleur...

- Mais en fait j'ai envie de fermer les yeux mais ça me stresse ! (Elle ferme les yeux)

- C'est très bien tu as raison de fermer les yeux maintenant... En général quand on ferme les yeux on perçoit un peu mieux les sons qui nous entourent... Tu dis que ça te stresse mais parfois en fermant les yeux cela détend un peu... Peut-être même que tu perçois à travers tes paupières ce carré que tu fixais... C'est très bien comme ça... Tranquillement... Tu autorises tes paupières à se fermer et ça te détend un peu plus... Peut-être que tu peux maintenant te concentrer sur les sensations du corps... sa position... les pieds posés sur le tapis... tes jambes étendues... Si jamais tu sens que tu peux être un peu plus confortable en modifiant la position tu peux le faire... (Elle bouge) Voilà c'est très bien... Détendre un peu plus les muscles des pieds... des jambes, des cuisses... Voilà... Tu peux porter ton attention sur le bassin... Tu perçois peut-être un léger changement de position du bassin pour que tu sois un peu plus confortable... Tu peux sentir tes mains sur les cuisses... Détendre un peu plus aussi... tes avant-bras et bras... ton dos adossé sur cette chaise, et tes muscles le long de la colonne se détendre... Et puis les muscles du cou des trapèzes, des épaules... se détendre progressivement... Tu sens peut-être des sensations de fraîcheur... de chaleur... Je ne sais pas... Permits-toi de ressentir toute ces sensations dans le corps... (elle bouge) Voilà tu modifies ta position pour être un peu plus confortable et tu fais très bien de le faire... Tu trouves progressivement ton équilibre dans le confort... Maintenant que tu es bien détendue sur cette chaise... tu vas pouvoir te concentrer sur la respiration... sentir l'air qui rentre et qui sort de tes poumons... Quand on se concentre sur sa respiration, parfois elle a tendance à un

peu accélérer, on peut avoir tendance à respirer plus profondément... et puis on se rend compte que le rythme reprend son rythme naturel... comme des vagues sur une plage... C'est très bien comme ça... Sentir l'air entrer par les narines... l'air peut être un peu frais... ou un peu plus chaud (elle inspire)... Voilà... Peut-être que tu ressens plus d'air passer dans la narine droite ou narine gauche... ou tu peux ne ressentir aucune différence... puis cet air qui descend dans la trachée... puis dans les bronches... Tu peux sentir le mouvement de ta poitrine et de ton ventre... qui se soulèvent à l'inspiration et qui s'abaissent à l'expiration... Tranquillement... Paisiblement... À chaque inspiration tu te ressources un peu plus et à chaque expiration tu te détends un peu plus... Très bien... Tout en portant ton attention sur la respiration, et en percevant toujours ces bruits alentours... tu peux entendre le son de ma voix... ou écouter le son de ma voix... car on sait qu'on peut entendre sans écouter ou écouter sans entendre... cela n'a pas vraiment d'importance... Maintenant que tu es parfaitement détendue... (elle tousse)... Très bien... tu peux maintenant laisser le corps là, se ressourcer, profiter de ce moment agréable et de détente... et autoriser ton esprit à aller ailleurs... autoriser ton esprit à se laisser aller, à la vitesse et à la profondeur que tu veux... à ton rythme... dans cet état entre la veille et le sommeil... un peu comme quand on est entre deux... on ne sait pas vraiment si on dort ou si on... progressivement... laisser le corps parfaitement détendu ici... les oreilles entendre des bruits... et cette autre partie de toi aller dans un ailleurs confortable... Tu peux peut-être retrouver dans ta mémoire un lieu qui t'est agréable... Ça peut être un souvenir précis ou un lieu vague... un lieu où tu te sens protégée... et parfaitement détendue... Prends le temps de retrouver ce lieu agréable... comme un lieu de protection... un lieu où tu te sens bien tout simplement... Prends le temps... comme tu le fais... et quand tu l'auras trouvé tu pourras me faire un signe de la main...

- J'y suis bien !

- Ok c'est parfait... Tu fais bien de me le dire de vive voix... Prends le temps de t'y retrouver... de porter ton attention sur des formes... des couleurs qui composent ce lieu... l'intensité lumineuse... peut-être claire ou plus sombre... ces lumières et couleurs sont agréables pour toi... peut-être que tu peux entendre des sons ou des voix familières... ou peut-être que tu entends des sons communs... Tu peux peut-être toucher des choses dans ce lieu... Prends le temps de profiter pleinement de ce lieu... Parfois on retrouve des odeurs dans ces lieux qui nous font du bien... Prends le temps de sentir ces odeurs... de les vivre... c'est très bien comme ça... Tu peux y faire ce que tu veux dans ce lieu... ce que tu veux... Tu peux rester assise là... te déplacer... voler même... Ce qui est bien dans ces lieux c'est qu'on peut y faire ce qu'on veut... Mes silences t'accompagnent dans cette expérience agréable... Et tu es bien là où tu es... sereinement... calmement... Quand tu auras suffisamment profité de cette expérience tu pourras me faire un signe ou me le dire...

- Hmm...

- Ok très bien... Maintenant je te propose de faire un autre voyage... descendre un peu plus profondément en toi... Imagine une porte... celle que tu veux... tu peux l'ouvrir et prendre cet escalier qui descend... quand tu le souhaites... Et quand tu seras en train de le descendre tu pourras me le dire...

- Ok j'y vais...

- Très bien... Maintenant je te propose de te retrouver à la gare de Bordeaux... cette gare que tu connais bien... que l'on connaît bien... laisser une partie de toi se retrouver dans ce lieu... Peut-être le matin... le soir... ou en pleine journée... Très bien... On peut être en été... dans ce lieu... dans cette gare de Bordeaux... et... étonnamment tu portes ce gros manteau... celui que tu connais bien... tu peux retrouver les sensations de ce manteau sur toi... c'est assez chaud d'avoir ce manteau sur toi... La température est élevée... Je te propose maintenant de prendre un train... un train vert... Tu sais ce train que l'on prend pour aller en Dordogne... à Périgueux... ils sont un peu gris, et il y a des bandes vertes... avec ce gros manteau sur les épaules... Tu montes dans ce train... (elle bouge) Très bien... Peut-être que maintenant dans ce train tu peux...

- Je peux me déshabiller peut-être ? (froncement de sourcils)

- Tout à fait tu peux enlever ton manteau... t'alléger... te sentir plus confortable... Quand on enlève ce type de manteau dans le train... la température est bien plus douce maintenant c'est très agréable... Ce train tu peux le prendre en direction de Bergerac... Périgueux... Tu connais peut-être ce train ou tu ne le connais peut-être pas...

- Je le connais bien...

- Ok... Tu peux retrouver les détails de ce genre de trajet... les gens dans le wagon... Et puis le paysage... passant de la ville... aux espaces verts... Peut-être que tu peux visualiser le ciel bleu... de cette belle journée... Je crois même que pour rendre ce trajet plus confortable tu peux manger des bonbons... des bergamotes... ces petits carrés sucrés... C'est le trajet idéal en fait... Prends le temps de sentir cette température douce... ce paysage vert autour de toi... ce ciel bleu... (elle paraît inconfortable)... ce ciel bleu de printemps ...On sent que la nature se met en fleurs... Tu peux sentir cette odeur de printemps... C'est un peu comme une délivrance ce voyage...

- Oui mais je suis toujours dans un train vert !

- Ok... Et tu voudrais descendre du train ?

- Bah du coup oui parce que ça me parasite...

- Ok... (l'église sonne) Ça tombe bien tu es arrivée à Périgueux... Tu vas pouvoir descendre du train... Tu te retrouves à la gare de Périgueux... Tu la connais cette gare ?

- Oui...

- Tu profites de la belle météo... de la température parfaite... Tu es en chemisette... et tu profites de ce beau temps... Permets à ton corps de ressentir toutes ces sensations... Et puis quand tu le voudras tu pourras de nouveau prendre cette porte et remonter cet escalier... et retrouver ce lieu dans lequel tu étais... Quand tu t'y retrouveras tu pourras me le dire... me faire un signe...

- Hmm

- Ok... Retrouves ces sensations que tu as ressentie... les couleurs... les formes... les volumes... Très bien... Retrouver des odeurs peut-être... des odeurs tellement puissantes qu'on peut les goûter... entendre des sons familiers peut-être... L'esprit se régénère et se détend complètement... Cette sensation que tu ressens maintenant... tu vas en profiter dans les heures qui viennent... les jours... les semaines et les mois qui viennent... Ton corps va bénéficier de ces sensations... Très bien... Quand tu auras pleinement profité de ce moment... de ce lieu... tu pourras me faire un signe... Pour l'instant tu profites et c'est très bien comme ça...

- Ok...

- Tu peux reprendre une grande inspiration... et tu peux retrouver les sensations de tonicité habituelles et naturelles de tes épaules... trapèze... cou... bras et avant-bras, mains... de ton dos... des muscles de la colonne vertébrale... du bassin... des jambes... des pieds posés sur le tapis... Progressivement voilà c'est très bien comme ça... Et puis revenir à ton rythme ici et maintenant... Et quand tu ouvriras les yeux tu sauras que la séance est terminée... Parfait... (J'attends quelques secondes).

Maintenant tu vas prendre ton porte-clés... dans une main, celle que tu veux... Et tu vas te concentrer sur ce porte-clés... le toucher... le sentir... et puis tu vas t'aider de ce porte-clés pour retourner dans ce lieu dans lequel tu étais il y a quelques instants... Peut-être fermer les yeux pour retrouver plus facilement ce lieu... Retrouver les sensations de ce lieu... Les sensations de détente dans le corps... de retrouver cette respiration calme et apaisante... Et puis tout en entendant les bruits du porte-clés... de frigo... autoriser l'esprit à retrouver les détails de ce lieu... les textures... les bruits de ce lieu... les couleurs à la lumière du lieu... Prends le temps à ton rythme et comme tu sais le faire de revivre ce lieu... à ton rythme (elle se repositionne et respire profondément) comme tu le souhaites... (elle rouvre les yeux).

Pour cette première séance d'hypnose formelle, je voulais travailler avec elle sur ses sensations corporelles et sur sa détente. Je me suis donc aidé d'un outil simple, le lieu secure. Il me permettait de montrer facilement et avec peu d'indications qu'elle était capable de se détendre (ce qui me permet de travailler sur sa confiance en elle : elle est capable de...). Cela me permettait aussi de balayer un VAKOG de la détente et d'initier un retour à soi, à son corps. Ainsi, j'ai pu poursuivre l'exercice que je lui avais demandé après le premier entretien à savoir : prendre conscience de son

tabagisme, se regarder fumer, ne plus être passif avec le tabac, ne plus faire les gestes de manière inconsciente. Cette séance lui a permis de se regarder « détendue ».

L'utilisation de l'ancrage me permettait aussi de l'autonomiser dans ce retour à la détente. Je voulais lui donner des outils qu'elle puisse utiliser chez elle ou quand elle ne se sent pas bien et qu'elle a une envie impérieuse de fumer. Je lui ai précisé à la fin de la séance qu'il lui suffirait de reprendre cet objet de porte-clés dans la main pour retrouver ces sensations de détente.

Lors de la séance, j'ai pu remarquer qu'elle prenait du temps pour se détendre complètement. Au début, elle modifiait souvent sa position, restait les mains croisées, me répondait et parlait assez facilement. Cela m'a d'ailleurs surpris que son signaling soit verbal et non moteur comme je lui avais proposé : j'ai alors ratifié son choix. Puis, au moment où je lui ai proposé d'aller dans son lieu secure, elle a relâché complètement ses bras (en les laissant tomber) et à partir de là, l'ensemble de son corps indiquait qu'elle était absolument détendue. En débriefant à la fin de la séance, elle m'a dit que mon jardin ressemblait étonnamment à son lieu secure (à savoir le jardin de ses grands-parents) : l'arbre au centre, les fleurs sur le côté, les bruits d'oiseaux, les cloches de l'église... Les ressemblances étaient si frappantes et elle vivait tant ce moment dans le jardin de ses grands-parents qu'elle ne savait plus si les bruits d'oiseaux venaient d'ici ou d'ailleurs...

J'ai utilisé la confusion avec : *« tu peux entendre le son de ma voix... Ou écouter le son de ma voix... car on sait qu'on peut entendre sans écouter ou écouter sans entendre... Cela n'a pas vraiment d'importance... »*.

Je ratifiais chacun de ses mouvements et de ses réponses verbales : *« tu fais bien de me le dire de vive voix », « si jamais tu sens que tu peux être un peu plus confortable en modifiant la position tu peux le faire (elle bouge) voilà c'est très bien... détendre un peu plus les muscles des pieds », « sentir l'air entrer par les narines... l'air peut être un peu frais... Ou un peu plus chaud (elle inspire) voilà... Peut-être que tu ressens plus d'air passer dans la narine droite ou narine gauche »*.

En relisant la transcription, je regrette d'avoir utilisé autant de pronoms et adjectifs possessifs (ton, ta, tes, etc...) ce qui ne facilite pas la transe, le lâcher-prise de « l'ici et maintenant », la dissociation. Néanmoins, Juliette paraissait dans cet « ailleurs » : hypotonie axiale, tête absolument abaissée, menton touchant quasiment le sternum, bras relâchés le long du corps, diminution de fréquence respiratoire, etc.

J'ai aussi utilisé le portrait chinois de sa vie avec tabac et sans tabac (voir annexe 4). Je suis ainsi passé d'une couleur verte de train au bleu du ciel, de Bordeaux à Périgueux, d'une température chaude à une température douce, etc. Le tout par la métaphore d'un voyage en train. Il est amusant

de noter qu'elle m'a proposé elle-même d'enlever son manteau car visiblement, elle supportait mal la chaleur (signe qu'elle vivait parfaitement l'expérience proposée). Après la séance, elle m'a avoué s'être sentie gênée par la couleur verte du train. J'ai trouvé cette remarque très intéressante car je ne me serais pas attendu à ce qu'elle fixe dessus au point d'en reparler. Cette couleur verte qui représente le tabac pour elle la mettait mal à l'aise et elle s'est sentie mieux en descendant du train. J'ai d'ailleurs profité à ce moment du son de cloches de l'église à côté de chez moi pour le confondre avec le son d'une annonce de gare d'arrivée : « *Ok... (l'église sonne) Ça tombe bien tu es arrivée à Périgueux... Tu vas pouvoir descendre du train...* ». Avant la fin de séance, j'ai utilisé la suggestion post-hypnotique de sensations de détente et relaxation, qui perdureront plusieurs mois et qu'elle pourra retrouver quand elle sentira le besoin. Elle m'a rapporté enfin qu'elle ne pensait pas être capable de se détendre aussi profondément et aussi vite. Elle était très contente de cette séance.

Lors de cette séance, je me suis senti en confiance, comme lors du premier entretien. Nous avons de nouveau commencé la séance en parlant de choses diverses et variées autour d'un café, ce qui a consolidé un peu plus la relation et favorisé une confiance mutuelle. Nous avons créé tous les deux un cadre solide, sain et bienveillant. Je me suis aussi senti mis en confiance par cette première séance et notamment par les signes évidents de réceptivité à mes suggestions. Parfois, on lit à juste titre qu'il ne faut rien attendre de précis d'une séance, car cela peut nous décevoir inutilement (valable pour le thérapeute et pour le patient). Cependant, je dois avouer que la vision de signes de transe profonde chez Juliette m'a donné un peu plus confiance en ce que je proposais, et cela m'a permis entre autres, à la séance suivante, d'explorer certains outils d'hypnose que je n'avais pas pratiqués jusque-là (à savoir utiliser la catalepsie avec une cigarette et laisser une certaine forme d'improvisation sur la suite de la séance).

3.3.3. Troisième séance

J'ai donc revu Juliette une semaine plus tard. Une journée ensoleillée, à l'inverse des deux premières séances. Elle rebondit d'ailleurs dessus : « *moi je dépends vachement de la météo, le soleil j'adore* ». Je retiens cette information et décide de m'en servir dans la séance qui va suivre.

Elle me rapporte quelques petits changements depuis que l'on se voit, ce qui la rend contente et fière d'elle :

- Tout d'abord elle est fière d'elle car n'a pas fumé une seule cigarette. Parfois la situation s'y prêtait (sa colocataire qui lui proposait une cigarette sur le balcon, une soirée avec un ami), mais à chaque fois elle refusait car elle n'en avait pas particulièrement envie. L'odeur, l'objet de la cigarette et la vision du paquet ne l'attiraient pas plus que ça.

- Ensuite, elle dit mieux contrôler sa consommation de cigarette électronique : elle est moins dans l'attente du soir pour pouvoir la fumer, a moins de plaisir quand elle la fume et fume moins en quantité.
- Puis le changement du discours de son copain : ce dernier, qui était dubitatif à propos de l'hypnose, voit en fait les changements sur Juliette. Comme elle est contente et fière d'elle, lui aussi l'est. C'est un cercle vertueux.
- Elle me dit aussi qu'elle était très étonnée car parfois, sans y penser, elle revivait les sensations de son lieu secure : elle avait une vision de la glycine du jardin de ses grands-parents et ressentait immédiatement son odeur, ce qui lui faisait du bien (cela lui arrivait notamment pendant ses pauses de travail, ou dans le tramway). Effet des suggestions post-hypnotiques ? En tout cas elle le vit extrêmement bien, elle « adore ».
- L'ancrage avec le porte-clés n'a pas été très efficace selon elle : parfois, quand elle était énervée ou simplement anxieuse, elle tentait de retrouver son lieu secure grâce à son porte-clés, mais n'y arrivait pas vraiment.

Je la félicite de tous ces changements positifs qu'elle me rapporte et l'invite à s'installer confortablement pour un petit exercice :

« - Je vais te demander de... trouver un équilibre de la cigarette comme ça sur ton doigt... (elle le fait facilement)... Certaines personnes ont apparemment plus de facilité que d'autres... Trouve l'équilibre... Tu resteras peut-être quelques minutes... peut-être un peu moins... le plus important c'est de te concentrer dessus, qu'elle reste en équilibre... Tu te fixes dessus et elle reste en équilibre... Ok ?

- Ouais.

- Donc tu la regardes... Tu peux fixer un point sur la cigarette, ou sur ton doigt, ou sur l'ensemble... Comme tu veux... Ressentir le petit point de contact que tu as avec la cigarette... Sentir que ton bras...

- Alors faut que je m'installe si ça doit durer... (elle modifie sa position)

- Installe bien ton bras, et il n'y a aucune raison que la cigarette bouge... Je ne sais pas si tu as choisi un point particulier...

- Ouais.

- Ok donc comme la dernière fois, en fixant un point, parfois il devient un peu flou, parfois il se déplace, parfois tu regardes sans vraiment regarder... Ça n'a pas vraiment d'importance... Et si tu veux fermer les yeux maintenant ou un peu plus tard c'est comme tu veux... Pendant que tu fixes cette cigarette, je te demande de faire cet exercice que tu faisais à la maison, de respiration, trois

grandes inspirations... qui te permettent de te détendre un petit peu... Voilà... Pendant que ce bras tient cette cigarette... sentir une détente... utiliser la respiration pour te détendre calmement... Ce doigt tient la cigarette en équilibre... Voilà... Te concentrer sur la respiration... doucement... Voilà... On se détend... Sentir que ton corps se détend... Très bien... Pendant que tu te détends, ton bras qui tient solidement cette cigarette en équilibre, qui ne bouge pas... qui fait partie d'un équilibre précaire... l'équilibre précaire de la cigarette... comme l'équilibre précaire de la cigarette dans nos vies finalement... Parce que quoiqu'on en dise... la cigarette tient dans nos vies par un équilibre très précaire... Très bien... Concentre-toi bien sur cet équilibre de cigarette sur le doigt...

- J'ai peur qu'elle tombe... (Elle sent que la cigarette penche)

- Tu peux ouvrir les yeux si tu veux... (Elle ouvre les yeux)

- Ah oui ! Elle tient comme ça depuis longtemps ? (Elle ajuste)

- Très bien... Une fois qu'elle est bien en équilibre... C'est intéressant d'observer qu'on peut, par la main tenir en équilibre une cigarette, et se détendre dans le reste du corps... Et tandis que le corps ressent toutes les sensations qu'il doit ressentir... c'est-à-dire de tenir la cigarette en équilibre et détente dans le corps... sensation que tu peux accentuer si tu veux en fermant les yeux... je te propose de... laisser le corps ici... profiter des sensations qu'il doit ressentir... et autoriser ton esprit à aller sur ton balcon... et revivre un moment de cigarette que tu connais bien... Peut-être mettre ton manteau... qui est associé à ce moment de cigarette je crois... de revivre cette situation sur ton balcon... la cigarette à la main... manteau sur les épaules... Visualise cette cigarette dans ta main sans la fumer...

- Ah !

- Tu la regardes... Peut-être que tu ressens des sensations, comme quand tu la fumes sans la fumer... L'odeur du tabac... de la fumée... Tu la respires... et tu me disais que ça te détendait au début... Prends le temps de... de ressentir ces sensations... du tabac dans la bouche... dans les poumons... prends le temps... de ce manteau sur tes épaules... Voilà... Maintenant je vais te demander de... retrouver... ces sensations... qu'on peut ressentir quand on a trop fumé... Soit trop fumé de cigarettes... soit cigarette électronique trop dosée... 12 mg de nicotine par exemple...

- Hmm...

- Ce qui fait mal à la tête... De retrouver ces sensations désagréables... mal de tête... peut-être même une bouche un peu pâteuse... et des palpitations... une oppression... Prends le temps... de sentir ces sensations désagréables... cette anxiété... c'est désagréable ... mais c'est ça aussi la cigarette... avec parfois une petite oppression à gauche de la poitrine... Essaie de la retrouver... Peut-être que tu vas sentir le cœur s'accélérer un peu je ne sais pas...

- Hmm...

- Cette cigarette électronique à 12 mg trop dosée... Te sentir un peu comme dans un nuage de fumée... brouillée... maintenant... te dire que cette cigarette que tu tiens dans ta main sur ce balcon... C'est la première et dernière cigarette que tu ne fumeras pas... Tu sais pourquoi tu as commencé à fumer, et aujourd'hui tu sais pourquoi tu arrêtes de fumer... Visualiser cette cigarette et les sensations... Tu sais pourquoi tu arrêtes aujourd'hui... tu le sais... Comme tu l'avais fait auparavant... Peut-être essaie de retrouver maintenant des sensations plus agréables... de détente... par tes pieds peut-être... (Elle respire un grand coup) Voilà c'est très bien... Par la respiration... Tu t'aides de la respiration tu as raison... Tu me parlais de sensation agréable qui partaient des pieds... Permits toi de ressentir ces sensations qui remontent dans les jambes... Cette légèreté qui repousse un peu les sensations désagréables du tabac... Un peu comme une plante qui se nourrit de l'eau dans le sol... eau qui remonte par capillarité... Voilà... Prends le temps de ressentir cette énergie... ces ondes... ces vagues qui remontent... le long des pieds... des jambes... des cuisses... qui remontent jusqu'à la poitrine... qui remontent à droite de la poitrine... qui tentent de chasser progressivement ces sensations désagréables... qu'on a du mal à définir peut-être... Et puis... et puis quand tu sentiras que... ces sensations désagréables sont presque parties... tu donneras le dernier mouvement pour enlever complètement ces sensations... en relâchant complètement ton bras... Et quand la cigarette touchera le sol tu sauras que tu es complètement débarrassée de ces sensations désagréables... Quand tu le sentiras tu donneras ce dernier mouvement... (Elle lutte, la cigarette penche mais ne tombe pas... Elle respire...)

La respiration t'aide... Très bien... Voilà... Excellent... Laisse les sensations agréables... diffuser dans ton corps par la respiration... Quand tu voudras aider les sensations agréables à s'imposer... tu laisseras tomber ton bras... la cigarette avec... (La cigarette tombe : sourire sur son visage) Très bien... Excellent... Profite maintenant... Ressens le soulagement dans ton bras... Très bien... Je parlais de l'eau dont une plante pouvait bénéficier par son pied... Je te propose tout naturellement de te retrouver dans ce jardin que tu connais bien... de tes grands-parents... t'y retrouver maintenant... ses fleurs... leurs odeurs... cet arbre au milieu... Autorise toi à vivre complètement la détente maintenant... C'est ta façon de remercier ton corps pour tout ce qu'il a fait jusqu'à maintenant... Très bien... Peut-être que tu as senti la détente tout à l'heure monter par les pieds... Comme l'eau d'une plante... On sait bien qu'une plante a besoin d'eau et aussi de soleil... Ressens maintenant la lumière et la chaleur du soleil... Très bien... Ressens ce soleil qui réchauffe ta peau... Tu es bien... Tu te sens légère... dans ce jardin... Sens toutes ces odeurs... de fleurs... de végétation... d'herbe... Peut-être qu'il y a des oiseaux que tu peux entendre... peut-être un son d'église... des cloches... Remercie le soleil qui te réchauffe la peau... Le soleil qui est toujours présent... qui est comme un ami... Il est toujours là... Parfois on le voit pas... Parfois il est derrière

les nuages, comme de la fumée... cette fumée qui est loin de toi maintenant puisqu'elle est dans le ciel... et lui est toujours présent, toujours là pour toi... derrière les nuages... Et puis aussi cet arbre dans le jardin... Peut-être que tu pourrais le voir, aller le toucher... poser tes mains sur le tronc... sentir son écorce... les petites irrégularités du tronc... Et puis parfois quand on écoute bien... on entend le bruit de la résonance des doigts sur l'écorce... Tu peux peut-être faire le tour de l'arbre avec tes bras... poser ton visage dessus comme tu veux... entre en contact avec lui... complètement... Puis parfois, on est tellement en contact avec les arbres... on sent l'énergie vitale à l'intérieur de l'arbre... cet arbre qui est complètement ancré au sol par ses racines... par tout son système racinaire... Il est stable, il est solide... il trône... Peut-être que tu peux, en touchant l'arbre, profiter de cette énergie... sentir que cette énergie, il te la transmet... cette énergie de solidité... d'ancrage... Il est en paix... profite... de tout ce qu'il peut t'apporter... tu profites... des bruits des oiseaux... du vent dans ces feuilles... Très bien... Tu sais comment faire maintenant... c'est si simple en fait... (son de cloches) ... Le son de cloches s'ajoute à cet environnement... Remercie cet arbre... tout ce qu'il te donne... cette énergie qu'il t'a permis d'avoir en toi... remercie le soleil aussi... de sa présence... de sa lumière et de sa chaleur... Remercie ces fleurs... le gazon... ils sont tous un peu tes amis maintenant... Ils t'accompagneront où que tu sois... où que tu sois et si tu en as besoin... Tu pourras retrouver ces sensations... Il suffira de t'asseoir sur une chaise, de fermer les yeux... et tu retrouveras instantanément toutes ces sensations... C'est simple... Tu sais comment faire... Remercie l'arbre, les fleurs, les plantes, le soleil... et puis remercie-toi aussi... remercie-toi de tout ce que tu t'apportes... Ressens tout le bienfait de tout ce que tu te donnes maintenant... Très bien... Je te laisse profiter complètement de ce moment qui est à toi... On a dit merci à l'arbre, au soleil, aux plantes, aux fleurs... peut-être même aux oiseaux qui sont là... À toi aussi... et puis écoute le corps aussi qui te dit merci... Parfois on arrive pas trop à l'expliquer mais on communique avec son corps... on sent qu'il veut nous dire quelque chose... toute cette sérénité que tu lui donnes naturellement... juste en te retrouvant dans ce jardin que tu connais bien... C'est très bien comme ça... Quand tu auras remercié... tout ce que tu penses avoir à remercier... quand tu auras pleinement profité du soleil... de sa lumière, de sa chaleur et de ta peau ... Quand tu auras pleinement profité de l'ancrage et de la puissance et de la solidité de cet arbre... le remercier de ce qu'il t'a donné... cette sensation de bien-être tu vas pouvoir en profiter dans les jours, les semaines, les mois et les années qui viennent... Et quand tu auras décidé que tu as pleinement profité tu pourras prendre une grande inspiration... retrouver le contact de tes pieds sur le sol, de ton bassin sur la chaise, de tes mains sur les cuisses, et quand tu ouvriras les yeux tu sauras que la séance est complètement terminée, et tu reviens ici et maintenant avec moi, à la vitesse que tu veux... ».

Pour cette séance, j'ai imaginé commencer par une catalepsie avec une cigarette qui tenait en équilibre sur son doigt. Cela m'a permis « d'occuper » ses mains, de travailler sur l'équilibre précaire de la cigarette dans sa vie (et dans la vie) et enfin de lui donner le pouvoir de décider par un mouvement de relâchement de son bras de laisser tomber la cigarette (langage métaphorique évident). Je me suis servi du fait qu'elle avait du mal à enlever la sensation d'oppression thoracique gauche pour lui faire faire ce mouvement de relâchement de bras, qui lui permettrait ainsi d'éliminer complètement cette sensation. À la fin de la séance, elle m'a dit qu'elle a eu plus de mal que ce qu'elle pensait à laisser tomber cette cigarette, ce qui l'a étonnée. Finalement, elle était contente que cette cigarette soit tombée.

Je lui ai proposé ensuite, pour la détendre, qu'elle refasse cet exercice de respiration qu'elle faisait déjà auparavant à la maison pour se détendre (partir de ce qu'elle sait faire finalement). J'ai aussi utilisé les canaux sensoriels de la vue, du toucher et de l'odorat (se voir sur le balcon, avoir cette cigarette dans la main, sentir l'odeur du tabac).

Puis, j'ai repris des informations qu'elle m'avait données sur les sensations agréables et désagréables de la cigarette, et notamment ce « 12 mg » de dosage de nicotine dans la cigarette électronique qui lui donnait des maux de tête. Lors de la première séance et pour contre-balancer les sensations désagréables, elle me parlait de sensations agréables qui portaient des pieds. J'ai donc repris cette notion et utilisé la métaphore de la plante qui se nourrissait d'eau par son pied (ce qui m'a permis par la suite de retrouver la nature dans le jardin de son lieu sûr et de parler du soleil qui semble lui être cher). Ce soleil, je voulais lui en faire un ami, tout comme l'arbre, des amis toujours présents, à l'inverse de la cigarette qui disparaît en la fumant. J'ai introduit aussi la comparaison des nuages avec cette fumée qu'elle ne fumait plus, et que le soleil était toujours présent derrière.

Je lui ai fait faire un exercice avec l'arbre pour travailler sur son ancrage, sa robustesse et son énergie pour lui redonner confiance en elle. Je lui ai demandé aussi de prendre le temps de remercier ceux qui lui font du bien, et prendre le temps de se remercier elle-même. En effet, lors de la première séance, je sentais une dévalorisation d'elle-même et une répétition de ses échecs répétés. Il me semblait important de travailler ces notions.

J'ai repris l'inverse de phrase qu'elle avait pu me dire lors de la première séance : « *c'est compliqué, je sais pas quoi faire* » par « *c'est simple, tu sais comment faire* ».

Durant cette séance, et malgré l'exploration de nouvelles techniques, je me sentais bien, à l'aise. J'ai été satisfait de l'utilisation de la catalepsie. En effet, j'avais initialement des doutes quant à la réalisation d'une telle technique avec une cigarette (tiendrait-elle en équilibre ? Le bras tiendra-t-il assez jusqu'à ce que je lui suggère de le relâcher complètement ?) et finalement l'expérience a été

très satisfaisante pour tous les deux. Juliette a été très réceptive à mes suggestions et je n'ai pas eu de surprise déroutante sur ce qu'elle me proposait. Cela m'a probablement facilité les choses dans le déroulé de la séance. Aussi, j'ai été très étonné de la vitesse et de la profondeur dans laquelle elle s'est retrouvée dans son lieu secure : sa tête et tout son corps se sont profondément et assez rapidement relâchés. Ses séances rapprochées l'ont peut-être aidée à débroussailler un chemin qu'elle n'avait pas l'habitude de prendre. À la fin de la séance, elle paraissait complètement détendue et souriante. Elle m'a remercié de nombreuses fois et était très reconnaissante pour tout ce travail réalisé ensemble.

3.3.4. Suivi à un mois et deux ans

Comme indiqué au début de ce travail, un suivi précoce a été réalisé à un mois de l'intervention. Un suivi à distance a été réalisé deux ans après l'intervention.

Ainsi, à 1 mois de l'intervention, Juliette ne consommait plus de tabac. Elle ne se sentait pas frustrée lorsqu'elle voyait un paquet de cigarettes, ce qui augmentait sa confiance pour arrêter de fumer et son bien-être.

À 2 ans de l'intervention, Juliette a complété un questionnaire (voir annexe 5). Il en ressort qu'à la suite des séances, elle n'a pas consommé de tabac pendant 7 mois. Puis, comme souvent dans les troubles de l'usage de substance, elle a repris sa consommation sur une contrariété. Elle dit aussi avoir essayé de modifier sa consommation avec la prise de patchs ou de gommes à mâcher mais cela n'était pas satisfaisant pour elle. Puis elle a de nouveau arrêté dans un contexte de grossesse. Durant ces 7 mois d'arrêt de tabac, elle n'aurait pas transféré son addiction sur une autre substance ou un autre comportement. Elle semble être satisfaite du suivi qui a été proposé mais aurait préféré un suivi plus long, avec notamment plus de séances d'entretien.

Elle dit aussi utiliser certains aspects de détente et de relaxation lorsqu'elle est « *un peu tendue* », quand elle « *pense par exemple à des trucs angoissants le soir au coucher* ».

Enfin, elle aimerait refaire des séances d'hypnose.

3.4. Discussion

Par souci de clarté, nous prenons le parti de présenter les différentes pistes réflexives en plusieurs points. Le premier point de discussion concerne les résultats de l'étude, puis nous évaluerons la méthode de notre étude. Enfin, nous comparerons ces résultats avec les données de littérature existantes.

3.4.1. Sur les résultats de l'étude

Concernant les résultats, ceux-ci sont encourageants. Parmi eux, on note évidemment l'arrêt du tabac pendant 7 mois au décours des séances, ainsi que l'arrêt à 2 ans (résultat dont l'interprétation doit être limitée car la patiente est enceinte et donc évidemment, le facteur motivationnel connaît un impact plus important). Il faut souligner aussi l'utilisation de la détente et relaxation lorsque la patiente se sentait « *tendue* ». Même si elle décrit une efficacité limitée de ces techniques pour gérer ses envies de fumer, il s'agit d'une information importante. En effet, on comprend que les bénéfices de l'hypnose pour le tabac sont plus nombreux que la gestion du problème centré sur la consommation de la cigarette elle-même. Ainsi, la gestion de ces émotions négatives (qui peuvent éventuellement faire partie de l'expression d'un craving) peut aider à améliorer le sentiment de bien-être et donc de diminuer le risque de reprise de la consommation. Cette hypothèse amène une piste de réflexion et de recherches concernant les bénéfices de l'autohypnose dans la gestion du craving. En effet, on sait que ce symptôme du craving survient, par définition n'importe quand et indépendamment du contexte. Il est un outil précieux dans la prise en charge de l'addiction car on le retrouve dans la quasi-totalité des addictions et est lié directement au risque de rechute. Il peut être ainsi intéressant d'évaluer si l'apprentissage de l'auto-hypnose peut aider les patients à gérer leur craving, et ainsi diminuer leur risque de rechute.

Enfin, parmi les résultats de notre étude, la patiente rapporte qu'elle aimerait refaire des séances d'hypnose, ce qui est là encore important à souligner. En effet, pour cette patiente, les substituts et les gommes ne fonctionnent pas, mais elle adhère à la thérapie hypnotique. Cette adhésion peut nous être utile en tant que thérapeute, afin de garder un contact avec la patiente et ainsi mieux traiter son addiction. Certains patients sont plus sensibles à des thérapies moins « conventionnelles » ou utilisées en premier recours, et l'existence de l'hypnose pourrait nous permettre de suivre de manière plus efficace cette population de patients.

3.4.2. Sur la méthode de l'étude

3.4.2.1. Validité interne

3.4.2.1.1. Forces de l'étude

Concernant le travail et le suivi réalisé avec Juliette, j'ai réalisé un travail habituel dans le cadre d'une prise en charge par hypnose. Il s'agissait donc de réaliser des séances adaptées à la patiente, individualisées en fonction de ce qu'elle racontait sur sa vie et son vécu de la cigarette. En cela, la force principale de l'étude est sa fiabilité quant à la méthode hypnotique utilisée, méthode au plus proche de ce qu'elle peut être en pratique courante.

Aussi, étant une étude qualitative, nous n'avons pas uniquement évalué l'efficacité de l'hypnothérapie sur le nombre de cigarettes consommées, mais aussi sur des critères plus larges via des questions ouvertes concernant l'apports et les bénéfices éventuels de cette prise en charge. En cela aussi ce travail est intéressant car cela nous permet d'identifier plus largement les bénéfices de l'hypnose ressentis par les patients.

3.4.2.1.2. Biais de l'étude

Cette étude présente les défauts de ses qualités. En effet, s'agissant d'une étude d'un cas unique, la puissance de l'étude est bien trop faible pour tirer des conclusions.

Ensuite, nous pouvons souligner plusieurs biais. Tout d'abord, il existe un biais de sélection évident. J'ai choisi le sujet dans une population d'internes en médecine générale d'Aquitaine, qui n'est ni représentative ni comparable à la population générale. Ensuite, j'ai choisi Juliette car elle semblait très motivée. Là encore, ce biais de motivation peut avoir un impact sur les résultats de cette étude.

Toujours concernant le sujet sélectionné, il n'a pas été réalisé d'évaluation de son hypnotisabilité avant l'étude. Il aurait ainsi été nécessaire de savoir avant les séances si la patiente était peu hypnotisable ou très hypnotisable, ce qui est facile à établir grâce à des tests cliniques, comme l'échelle de Stanford (29). Notons que de nombreuses études comparées retrouvées dans la revue de l'INSERM ne réalisent pas ce test d'hypnotisabilité, ce qui nous paraît indispensable pour assurer une bonne comparabilité des différents bras de traitement.

Il existe aussi un biais de confusion dans les résultats. En effet, comment savoir si les résultats observés sont ceux limités à l'efficacité de l'hypnose ? Nous avons limité cette confusion en n'associant aucun traitement complémentaire en plus de l'intervention hypnotique, mais il persiste un doute sur les composantes de notre intervention qui seraient limitées uniquement à l'hypnose.

Nous pouvons citer ici un travail de revues de littérature qui visait à évaluer le degré d'implication des différentes composantes actives lors d'une psychothérapie (54). Ainsi, il résulte qu'environ 85% au moins du succès d'une psychothérapie repose sur des facteurs dits « non-spécifiques ». Ces facteurs incluent l'implication du patient, la confiance en l'efficacité du traitement, la qualité de l'alliance thérapeutique. Ainsi, la thérapie à proprement parler n'impacte qu'à hauteur de 15% dans le succès thérapeutique. Cela remettrait en perspective l'impact réel de l'hypnose sur notre prise en charge, et cela questionne de nouveau la définition de l'hypnose. Si nous considérons l'hypnose comme une technique induisant un état cérébral particulier, il est indispensable d'obtenir un consensus sur les composants suffisants et nécessaires d'une séance d'hypnose. Il est ainsi nécessaire de réaliser un travail d'« épuration » de la technique hypnotique afin de ne pas inclure dans l'hypnose des composants dits « non-spécifiques », et ainsi trouver un consensus sur cette technique. Ainsi, on limite la confusion entre l'efficacité de la technique et celle des facteurs non-spécifiques. Quoiqu'il en soit, cette distinction entre facteurs spécifiques à l'hypnose et facteurs non-spécifiques d'une psychothérapie nous semblent actuellement difficile à établir complètement.

Nous pouvons citer aussi le biais de mémorisation mis en œuvre suite au questionnaire rempli à deux ans de l'intervention.

Enfin, il existe un biais d'évaluation, l'évaluateur étant l'investigateur. Aussi, il n'existe aucun contrôle objectif des résultats, par test respiratoire au CO par exemple.

3.4.2.2. Validité externe

Comme dit précédemment, l'individualisation des séances réalisées lors de notre étude rend cette intervention unique. Les résultats qui en découlent ne sont pas extrapolables à d'autres patients. Cette étude présente ainsi une validité externe très faible.

3.4.2.3. Éthique et réflexions

Chaque mise en pratique d'une thérapie, ou à plus grande échelle d'un modèle expérimental, doit être questionnée : d'une part dans sa légitimité bien sûr, d'autre part dans son éthique (ici médicale), l'une se rapportant aux règles de la loi et du droit, l'autre à celles de la morale d'une profession.

D'une part, il est bon de rappeler mon statut au moment des séances. Ainsi, j'étais interne en dernière année de médecine générale, ayant une licence de remplaçant, en formation d'hypnose thérapeutique et n'ayant pas encore été officiellement formé à l'addictologie par un DU. Ainsi, dans ce contexte, je suis déjà amené à voir des patients ayant une problématique d'addiction et souhaitant

être aidés. Cela fait partie de mon activité. Concernant la pratique d'hypnose, actuellement aucune loi n'encadre cette pratique, mais une charte déontologique claire est proposée et encouragée par les associations, en particulier la CFHTB (voir annexe 3). Ainsi il est recommandé que le professionnel de santé, diplômé par ailleurs dans un domaine, ne considère l'hypnose que comme une thérapie complémentaire, en limitant son usage aux limites de compétences réglementées dans sa profession. En ce sens, la légitimité « objective » (ce que dit la loi ou plutôt ce que propose la charte déontologique de la CFHTB) m'autorise à cet exercice, la légitimité « subjective » (se sentir légitime de...) aussi. Il est intéressant de noter qu'en l'absence de loi précise édictée pour encadrer une pratique (comme dans le cas de la pratique d'hypnose), le code éthique, et donc la morale, fait office de loi.

D'autre part, on peut se questionner sur la portée éthique de ce modèle.

Pour commencer, comme je réalise cette étude dans un contexte de mémoire de DIU, je n'évalue ici qu'une partie d'une prise en charge dans l'addiction au tabac, à savoir l'hypnose. J'occulte volontairement tout un pan de thérapies qui ont par ailleurs fait leurs preuves : est-il éthique de ne pas donner à la patiente toutes les chances de réussite pour répondre à sa demande, à savoir être sevrée de tabac ? Je me suis surpris moi-même à parler à la patiente, entre deux séances, de ces autres thérapies (TNS, TCC, etc.) : est-ce l'expression de mon souci éthique ?

Aussi, nous verrons, lors des entretiens, qu'ils comportent une partie non transcrite où nous avons parlé, entre autres, de l'internat, de différents stages, de lieux d'habitation, de loisirs, etc. Le fait que nous soyons tous deux internes en médecine générale avec tous ces points communs qui nous rassemblent n'a-t-il pas dépassé le simple cadre relationnel patient-thérapeute nécessaire à toute thérapie ? Ou n'est-ce là qu'un prérequis parmi d'autres pour instaurer une relation de confiance ?

Par ailleurs, avant les entretiens, ai-je assez informé la patiente de situations qui pourraient être éventuellement désagréables ou stressantes ? En effet, après avoir réalisé mes trois séances, je me suis rendu compte que l'information donnée concernant le déroulé des séances (et éventuellement ce qu'on peut y ressentir) n'était peut-être pas assez complète. Je fais référence notamment à un exercice où je lui demande de ressentir des émotions négatives de la cigarette, ce qui n'est pas anodin. On peut aussi se poser la question : jusqu'où devons-nous aller dans l'explication de l'hypnose et du déroulé des séances ? Jusqu'où devons-nous informer le patient sur les bénéfices et les risques, comme on pourrait le faire avec un médicament ou une chirurgie ? Nous savons l'importance de la parole, des représentations du patient, de l'effet placebo et nocebo. Donner l'information sur les risques, n'est-ce pas là jouer le rôle de l'effet nocebo au détriment de l'effet placebo, cher à toute thérapie ? Mais ne touchons-nous pas là au droit du patient de savoir ce qu'il

en retourne, cher à notre société actuelle ?

Enfin, lors de la première séance, j'ai utilisé l'hypnose conversationnelle et notamment ce que l'on appelle l'énonciation d'un doute prudent (cet ami qui fumait, puis qui a arrêté grâce à la cigarette électronique). Je me suis vu arranger quelques détails de cette histoire afin qu'elle se rapproche de celle de Juliette, pour qu'elle s'identifie plus encore : est-ce une invention pour son bien ou est-ce un mensonge ? Est-il éthique de modifier la vérité même si l'on considère que c'est dans l'intérêt du patient ? Dans ces cas-là, est-ce qu'un thérapeute peut juger seul ce qui est bon ou mal d'inventer ?

Nous remarquons que ce modèle garde pour objectif l'intérêt et le bien-être du patient.

3.4.3. Sur la confrontation aux données de littérature

Les résultats retrouvés dans notre étude sont cohérents avec les résultats d'autres études réalisées, à savoir des résultats encourageants, mais qui manque d'objectivité selon les critères de la littérature scientifique.

Parmi elles, nous pouvons citer tout d'abord une étude américaine réalisée entre 2006 et 2009 par Hasan et al. (55) et dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité de l'hypnothérapie dans le sevrage tabagique. Il s'agit d'un essai randomisé monocentrique portant sur 164 patients hospitalisés pour une pathologie cardiaque ou pulmonaire, dont 122 ont accepté d'être randomisés en trois bras (hypnose seule H, traitement nicotinique substitutif seul TNS et hypnose associée aux traitements nicotiniques substitutifs HTNS) et 42 ne voulaient pas être randomisés et ont formé un groupe contrôle (groupe « self-quit »). Les critères d'inclusion étaient l'âge de 18 à 75 ans, un tabagisme actif, et être hospitalisés pour pathologie cardiaque ou pulmonaire. Les critères d'exclusion concernaient les patients en phase terminale, les patients qui présentaient un trouble de l'usage d'une autre substance psychoactive ou une pathologie psychiatrique majeure. Le critère de jugement principal était le taux d'abstinence (défini par l'absence d'usage tabac pendant la dernière semaine) à 26 semaines de la sortie de l'hôpital et confirmé par dosage urinaire. Les critères de jugement secondaires étaient le taux d'abstinence à 12 semaines après la sortie d'hospitalisation, la comparaison des taux d'abstinence entre les trois groupes, l'identification de l'influence du diagnostic initial (pulmonaire ou cardiaque) sur le taux d'abstinence à 12 et 26 semaines. Tous les patients ont bénéficié de conseils et de supports au cours de leur hospitalisation. Concernant la technique hypnotique, elle consistait en une séance individuelle unique de 90 minutes réalisée par un hypnothérapeute certifié, réalisée au cours des deux semaines après la sortie de l'hôpital. L'hypnose utilisait des techniques de relaxation, de focalisation de l'attention, d'exercices de

respiration, de suggestions visuelles centrées sur la santé, le bien-être, l'importance de se contrôler pour résister à fumer et un travail a été réalisé sur la dissociation entre expériences agréables et tabagisme. Des suggestions aversives ont également été élaborées contre le tabac. Les séances ont été personnalisées pour renforcer les motivations à l'arrêt. Un enregistrement audio standardisé a été remis à la fin de la séance et les patients étaient encouragés à pratiquer l'autohypnose à domicile. Le groupe traitement nicotinique substitutif bénéficiait d'un mois de patchs nicotiques gratuits (dosage en fonction du nombre de cigarettes consommées par jour avant l'hospitalisation) associés aux gommes. La date de sevrage devait avoir lieu une semaine après la sortie et les patients étaient encouragés à poursuivre le traitement pendant au moins deux mois. Les groupes étaient comparables sur les critères démographiques. Ainsi, à 26 semaines, 18% des patients du groupe traitement nicotinique étaient abstinents versus 36,6% des patients du groupe hypnose ($p=0,06$) et 34,2% du groupe hypnothérapie associée au traitement nicotinique ($p=0,10$). Les patients du groupe « sevrage sans aide » étaient 27% à être abstinents à 26 semaines, sans différence significative avec les autres groupes. À 12 semaines, 28,2% des patients du groupe traitement nicotinique étaient abstinents versus 43,9% des patients du groupe hypnothérapie ($p=0,14$) et 47,4% des patients du groupe hypnothérapie et traitement nicotinique ($p=0,08$).

Ainsi, l'hypnose semblerait plus efficace que les substituts nicotiques pour maintenir l'abstinence à 12 semaines à la suite d'une hospitalisation pour pathologie cardiaque ou pulmonaire, et l'association hypnose et traitements ne semblent pas être vraiment supérieure à l'hypnose seule. En revanche, pas de différence à 26 semaines entre hypnose et absence de traitement. Les résultats ne sont pas significatifs. Cette étude est intéressante dans sa méthodologie (séance d'hypnose individuelle, remise d'un support audio, randomisation, contrôle de l'abstinence par dosages urinaires, suivi de 6 mois) mais elle présente tout de même certains biais : double aveugle (impossible) non réalisé, biais de sélection (patients hospitalisés pour pathologie cardiaque ou pulmonaire et donc particulièrement motivés), contenu exact de la séance non connu, pas de description du contenu des conseils prodigués et des supports remis au cours de l'hospitalisation à tous les patients, nombre de séances faible, pas de calcul du nombre de sujets nécessaires, méthode de recueil et d'évaluation des données non précisées, définition de l'abstinence non satisfaisante. Ainsi, même si les résultats ne sont pas significatifs, ils sont encourageants.

Aussi, nous pouvons citer cette étude réalisée en 2006 par Elkins et al. (56). Il s'agissait d'une étude prospective randomisée monocentrique visant à évaluer l'efficacité de l'hypnose intensive sur l'arrêt du tabagisme. La population étudiée concernait 20 patients randomisés en deux groupes, un groupe hypnose et un groupe contrôle. Les critères d'inclusion étaient : avoir au moins 18 ans, fumer au moins 10 cigarettes par jour, vouloir arrêter de fumer dans les 30 prochains jours, être présent aux

consultations de suivi et parler anglais. Les critères d'exclusion étaient : usage régulier d'une autre substance que tabac, se traiter avec un autre traitement pour arrêt du tabac, traitement par hypnose pour un autre motif ou avoir un trouble de la personnalité. Le groupe hypnose bénéficiait de 8 séances individuelles de 1h sur deux mois. Avant les séances, le thérapeute discutait avec le patient sur l'image qu'il avait de l'hypnose, sur son ambivalence du choix de l'arrêt de fumer, sur les solutions envisageables pour maintenir l'arrêt. Chaque séance d'hypnose utilisait un script écrit à l'avance, mais s'adaptait à chaque individu par des suggestions individualisées. Un enregistrement audio était remis au patient, enregistrement qu'il pouvait réécouter à domicile. Aussi, 3 appels téléphoniques de suivi ont été associés à ce suivi par hypnose. Le groupe contrôle ne bénéficiait que de 3 conseils téléphoniques. L'abstinence était définie par une absence d'usage tabac pendant les 7 jours précédents et était confirmée par un test au CO. On évaluait ainsi l'abstinence lors du suivi qui a été réalisé à 8, 12 et 26 semaines. Parmi les résultats, le suivi réalisé à 12 et 26 semaines mettait en évidence un taux d'abstinents de 0% dans le groupe contrôle versus respectivement 60% ($p < 0,005$) et 40% ($p < 0,043$). Les résultats sont encore une fois encourageants. La méthode est intéressante, à savoir randomisation, analyse en intention de traiter, séances d'hypnose individuelles avec remise d'un enregistrement audio, suivi sur plusieurs mois, contrôle des résultats par dosage. Il existe encore plusieurs défauts, à savoir une puissance faible, période non connue, méthode d'assignation inconnue, définition de l'abstinence non satisfaisante. Néanmoins, les résultats sont significatifs, ce qui est là encore encourageants.

Enfin, nous citerons un autre travail plus proche de notre méthodologie (57). Il s'agit d'une thèse traitant d'un rapport de cas de sevrage tabagique. La rédactrice de ce travail a assisté à une première séance d'hypnose dans le cadre d'une prise en charge d'aide au sevrage tabagique d'une patiente. Ce travail est en partie une retranscription et analyse de cette séance. L'hypnothérapeute est une infirmière diplômée du DU d'hypnose thérapeutique. La patiente est une infirmière de 38 ans qui fume au moins 5 cigarettes par jour et qui semblerait aussi gérer un certain mal-être par la nourriture. Ainsi, il est décrit dans ce travail les outils utilisés en amont de la première séance (exercices de modification de certaines habitudes liées à la consommation), au début de la séance (« la position basse », « l'écoute active », « la ratification », « la calibration et la synchronisation », « le mirroring », etc.) ainsi que ceux utilisés lors de la séance (« le leading », « la focalisation », « la dissociation », « la suggestion », « le vakog », « le saupoudrage », « le retour »). Le suivi réalisé pour cette patiente à 7 mois a montré qu'elle avait diminué sa consommation de tabac à environ 2/3 cigarettes par jour, et qu'elle avait modifié son rapport à l'alimentation (plus de grignotage, plus d'association entre le stress et l'alimentation). Le cas d'un autre couple de fumeurs est rapporté. La femme fumait environ 6 à 7 cigarettes par jour, lui 20 cigarettes par jour. Le suivi à 5 mois a mis en

évidence un arrêt complet du tabac pour la femme, et un arrêt plus difficile pour l'homme (« *il signale deux à trois faux pas lors de soirées festives* »). Elle a aussi bénéficié d'une séance pour gérer sa phobie de l'avion. Lui souhaiterait reprendre un suivi par hypnose pour pérenniser son sevrage tabac. Ce travail est intéressant car il décrit au plus proche la réalité d'une prise en charge par hypnose. On observe aussi les différences de pratique de l'hypnose par le praticien. Ici, l'hypnothérapeute propose des exercices en amont de la première séance, puis une unique séance, suivie éventuellement d'autres séances. Nous pouvons aussi parler des limites de cette étude, notamment le manque de description précise de la population étudiée (notamment du trouble de l'usage de la patiente et de ses autres consommations au début de la prise en charge, de son niveau d'hypnotisabilité), l'absence de données précises concernant le suivi réalisé, l'absence de contrôle des résultats (par test respiratoire par exemple) ou encore le manque d'informations concernant d'éventuels bénéfices secondaires à ce suivi par hypnose.

Nous avons choisi les deux premiers travaux car nous apprécions les efforts méthodologiques réalisés pour coller au plus près aux critères de bonne littérature scientifique. Nous avons choisi le dernier travail car il correspond au plus près à notre travail actuel. De ces trois exemples, on comprend la cohérence des travaux réalisés. Les résultats sont globalement positifs, mais on garde certaines réserves. Dans le cadre d'un travail quantitatif, on se dit que la méthode hypnotique n'est pas idéale. Dans le cadre d'un travail qualitatif, on se dit qu'il manque de puissance et que les résultats sont difficilement extrapolables.

3.4.4. Prochaines études traitant de l'hypnothérapie et de l'addiction

3.4.4.1. Sur la méthodologie

Ainsi, fort de l'expérience de notre étude, nous proposons différents points méthodologiques qu'il nous semble important de prendre en compte pour de nouvelles études.

Tout d'abord, nous rejoignons la synthèse du rapport de l'INSERM quant à la nécessité de réaliser de nouvelles études qualitatives afin d'identifier de manière plus précise l'impact et les bénéfices à attendre d'une séance d'hypnose. Cela permettrait de réaliser une intervention hypnotique la plus fidèle possible aux séances d'hypnose habituelle. Cela permettrait aussi d'identifier des critères de jugement adaptés, qui pourront être utilisés lors d'études quantitatives de plus forte puissance.

Ensuite, la plupart des travaux analysés semblent sous-estimer l'importance de l'évaluation initiale et du suivi de l'addiction des patients. En effet, il nous semble nécessaire d'envisager cette maladie

dans toutes ses composantes et donc de faire un descriptif initial de l'ensemble des sources de gratification à travers lesquelles l'addiction peut s'exprimer. Connaître l'expression de la maladie du sujet, c'est aussi mieux appréhender les différents critères d'évaluation concernant l'efficacité de la thérapie proposée. On évaluera mieux l'efficacité de la thérapie en n'omettant pas, par exemple, la notion de transfert d'addiction qui est pourtant très fréquente dans notre pratique. Aussi, étant une maladie chronique, il nous semble indispensable de bénéficier d'un recul suffisant (d'au moins un an) pour évaluer l'impact d'un traitement sur l'addiction. Un contrôle objectif des résultats (par dosage urinaire ou respiratoire) nous paraîtrait aussi important.

De plus, il nous semblerait intéressant de bénéficier d'un contrôle de l'état hypnotique. Comment affirmer qu'un sujet est en état d'hypnose ? Pour notre part, il nous semble bon d'utiliser la dimension neurophysiologique de l'hypnose telle qu'on l'appréhende depuis le début des années 2000, à savoir des modifications de l'activité de certaines régions cérébrales, modifications qui sont propres à l'état hypnotique. Connaître les conséquences de l'hypnose sur le cerveau, c'est permettre aussi de contrôler si un sujet est en état d'hypnose à travers ces mêmes imageries et des critères objectifs. Nous avons conscience des difficultés de mise en œuvre d'un contrôle par imagerie fonctionnelle. Ainsi une combinaison d'autres outils d'imagerie moins performants mais plus simple d'utilisation nous semble acceptable. Nous apprécions, par exemple, l'étude de Faymonville (23) qui contrôle l'état hypnotique à travers un ensemble de moyens d'imagerie tels que l'EEG, l'EOG et l'EMG. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que si on admet que l'hypnose est avant tout un état, pour certains l'hypnose est plutôt à considérer comme un processus cognitivo-comportemental influencé par des suggestions faites par le thérapeute. Dans ce cas, comment contrôler l'état hypnotique ?

Nous envisageons également la possibilité de réaliser, dans un second temps, des études quantitatives de plus forte puissance.

Aussi, à l'inverse des nombreux travaux retrouvés dans la littérature, je n'ai volontairement pas centré ma prise en charge sur un travail du dégoût de la cigarette mais plutôt sur un retour à soi, à son corps et ses sensations (qu'elles soient agréables ou désagréables), à la confiance en soi et à la reconnaissance que l'on peut se donner après des petites victoires. Juliette et ce qu'elle me renvoyait ont évidemment influencé la structure et le contenu de mes séances (personnalité anxieuse, manque de confiance en elle, manque de reconnaissance). Nous pensons en effet que les suggestions aversives n'ont qu'une efficacité limitée dans le temps et ne permettent pas au sujet de se « réinventer une identité ».

En ce sens, la thérapie narrative nous semblerait intéressante à analyser. Il s'agit d'une thérapie développée par Michael White (1948-2008) et David Epston et dans laquelle « *les conversations thérapeutiques permettent au sujet de déconstruire l'histoire dominante et ses conclusions*

identitaires négatives pour construire une histoire alternative plus riche » (58). Les outils utilisés sont notamment :

- Le questionnement externalisant, qui permettra au sujet d'externaliser son problème et donc de ne plus s'identifier à lui.
- La recherche des exceptions, qui consistent à stimuler le sujet à retrouver dans son passé des moments ou des situations dans lesquels le sujet a été capable de surmonter son problème. En faisant cela, on aide le sujet à prendre conscience qu'il est capable parfois de surmonter le problème. C'est l'aider dans son autonomie face au problème et c'est aussi lui donner de la matière pour la création d'une nouvelle identité, indépendante de son problème. « *Peu à peu, une nouvelle histoire de vie va se dessiner, mettant en lumière une identité plus satisfaisante pour le sujet* » (58).
- L'importance de l'entourage et des relations aidantes, car le changement de son identité passe aussi par la façon dont les autres nous voient.

Cette approche nous semble tout à fait intéressante. Il s'agit d'une thérapie qui s'adapte au sujet, à sa vie, son expérience, son problème et le vécu de son problème. En cela, elle se rapproche de l'hypnose dite ericksonienne, hypnose qui s'adapte au sujet et utilise de nombreux outils communicationnels permettant au sujet de se réinventer une identité.

L'utilisation de la thérapie narrative associée à l'hypnose pourrait être une piste de réflexion et de recherche intéressante dans l'étude de l'efficacité de l'hypnose.

Enfin, les découvertes récentes sur l'importance du craving pourraient en faire une bonne cible thérapeutique pour l'évaluation de l'hypnose. Certains travaux ont d'ailleurs commencé à être réalisés sur ce sujet.

3.4.4.2. Exemples d'études récentes traitant du craving et de l'hypnose

Les recherches scientifiques récentes ont réalisé des études prometteuses, et on comprend que les moyens technologiques actuels permettent d'avancer rapidement dans les domaines de l'addictologie et de l'hypnose. Nous donnerons ici deux exemples qui étudient le craving et l'hypnose.

Tout d'abord, citons une étude réalisée en 2018 par une équipe chinoise (59) dont le but était de comprendre les mécanismes neurologiques mobilisés lors de la diminution du craving tabac induit par des suggestions aversives sous hypnose. Ainsi, il a été retrouvé une activation et augmentation de connexion entre le cortex préfrontal dorsolatéral droit et l'insula gauche, via un mécanisme descendant, par hypnose. Nous ne tirerons pas de conclusion sur l'efficacité à long terme de ces

suggestions aversives, mais la méthodologie est intéressante car elle vise à comprendre par imagerie fonctionnelle le fonctionnement du cerveau sous hypnose via une stratégie de diminution du craving. Il existe certaines limites à cette étude, notamment la faible puissance, la prévalence très élevée de sujets masculins, l'abstinence tabagique très faible (2 heures) ainsi que l'évaluation à court terme de l'efficacité des suggestions aversives.

Aussi, nous pouvons citer une étude (60) qui évalue l'impact des suggestions hypnotiques sur les biais cognitifs de sujets tabagiques. En effet, des études sont réalisées sur les biais cognitifs des sujets addicts, notamment les biais attentionnels liés aux *cues* du tabac pour les fumeurs par exemple. Parmi ces études, certaines auraient ainsi mis en évidence un lien entre biais attentionnels et craving (61). Ainsi, l'étude examine le biais attentionnel à travers l'effet Stroop qui correspond au temps mis par le sujet pour « inhiber » l'information de la couleur écrite en lettres par rapport à la couleur des lettres qu'il doit dire. Cet effet Stroop correspond à la différence de temps mis pour identifier deux messages congruents de deux messages non congruents. Il est analysé l'effet Stroop tabac qui est la différence de l'effet Stroop lors de la lecture de couleur de mots neutres et de mots liés au tabac. Les résultats ne montrent pas d'effet des suggestions sur l'effet Stroop classique et tabac, mais l'étude retrouve une plus grande diminution du craving chez les sujets avec un degré élevé d'hypnotisabilité en comparaison d'un faible degré d'hypnotisabilité. La puissance de l'étude est faible, là encore la séance d'hypnose est écrite à l'avance et on peut se poser la question de la validité de l'effet Stroop tabac qui compare des mots neutres avec des mots liés au tabac, car on sait qu'un mot neutre pour l'un peut être en fait un *cue* individuel pour un autre sujet.

4. Conclusion et perspectives

L'addiction, et notamment le tabagisme, est un problème de santé individuelle et publique. Les thérapies actuellement reconnues comme étant les plus efficaces (traitement nicotinique substitutif et entretien motivationnel) montrent parfois leurs limites. Ainsi, il peut être nécessaire de proposer d'autres alternatives. Parmi elles, l'hypnose nous semble être une piste thérapeutique intéressante. En effet, cette thérapie, qui bénéficie d'un nouvel élan depuis quelques années, semble apporter des bénéfices dans de nombreux domaines et notamment dans le domaine de l'addiction. Cependant, en accord avec le rapport de l'INSERM réalisé en 2015 sur l'évaluation de l'efficacité de l'hypnose, il est impossible actuellement d'objectiver l'efficacité de l'hypnose en addiction selon les critères actuels de qualité de littérature scientifique. Ainsi, la réalisation d'étude qualitative semble être un premier pas dans la compréhension de son efficacité. Notre travail a ainsi été réalisé dans cette optique.

Concernant notre étude de cas, l'intervention par hypnose sur trois séances a ainsi permis à la patiente de connaître de nombreux bénéfices.

Tout d'abord, cela lui a permis d'arrêter sa consommation de tabac pendant 7 mois. Cela lui a permis, au-delà d'éviter la toxicité directe du tabac sur son corps, de prendre confiance en elle et ainsi se dire qu'elle est capable d'arrêter cette consommation.

Ensuite, elle rapporte avoir bénéficié des aspects de détente et de relaxation, et cela même en dehors d'une gestion d'envie de fumer. Cela peut nous faire penser que l'hypnose peut être utile dans la gestion des émotions négatives ainsi que du craving dont l'expression est souvent décrite comme étant une expérience désagréable. Une meilleure gestion du craving permet, comme nous l'avons vu, de réduire le risque de rechute. L'hypnose permettrait ainsi de rendre le patient plus autonome face à sa maladie. Enfin, il s'agit d'une thérapie qu'elle aimerait refaire. En effet, elle garde un bon souvenir de ces séances qui lui ont en plus permis des bénéfices, contrairement à l'utilisation de traitements substitutifs.

Ainsi, on comprend bien que la technique hypnotique, qui ne semble pas présenter d'effets secondaires, apporte des bénéfices multiples et variables. Ces bénéfices sont probablement spécifiques à chaque patient, ce qui là encore accentue la complexité de son évaluation. Cela nous amène à penser que l'hypnothérapie pourrait être une option tout à fait intéressante dans le cadre d'un suivi de patient présentant une addiction, notamment au tabac. Néanmoins, de nouvelles études

sont nécessaires pour confirmer cette hypothèse. Concernant les nouvelles études, des études qualitatives permettent d'approcher au plus près la réalité de la pratique de l'hypnose et cette méthode nous ouvre les possibilités de sélection de critères de jugement pertinents. Les études quantitatives ne semblent pas être les plus adaptées actuellement car la méthodologie employée nécessitent de transformer la méthode hypnotique pour la faire correspondre à son modèle d'évaluation.

Toutes ces questions doivent amener une réflexion plus large sur les modalités d'évaluation de certaines thérapies qui ne peuvent entrer dans le système de l'Evidence Based Medicine.

Nous citerons le docteur Jean -Marc Benhaiem (62) qui conclut sa conférence sur les « Rapports de l'hypnose à la science » en soulignant que l'hypnose a besoin de la science pour comprendre son mécanisme d'action, mais que la science doit aussi s'ouvrir à l'hypnose dans sa composante créative et lâcher, peut-être, quelques-unes de ses certitudes.

L'expérimentation de l'hypnose doit s'attacher à ne pas la dénaturer. La nature complexe de l'hypnose ne doit pas se soumettre à la nécessité de son évaluation. Ainsi et comme le décrit Isabelle Stengers, l'expérimentation *« implique et actualise la possibilité de mettre en scène un phénomène, de le contrôler, de le purifier, de telle sorte qu'il devient ce qu'il n'était pas, témoin répondant de manière fiable à la question de l'expérimentateur. Mais cette possibilité, qu'actualise l'expérimentation, n'a rien d'un droit qui pourrait être généralisé. On ne soumet pas un phénomène à l'expérimentation par le simple exercice du droit du plus fort, de celui qui peut manipuler et purifier. Encore faut-il que le phénomène soit susceptible de répondre aux exigences de l'expérimentation, soit capable de témoigner qu'il est bel et bien purifié, et non pas « fabriqué » »* (63).

On imagine que l'évaluation du phénomène hypnotique évoluera probablement grâce aux découvertes faites sur le phénomène lui-même. Une première étape de réalisation d'études qualitatives semblent indispensables avant de mieux appréhender le phénomène hypnotique lui-même et ainsi réaliser des études quantitatives plus adaptées.

Bibliographie

1. OFDT. Drogues et addictions, données essentielles. Édition 2019 [Internet]. [cité 9 janvier 2020]. Disponible sur : www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DADE2019.pdf
2. Kopp P. (2015a) Le coût social des drogues en France. Saint-Denis, OFDT ;75
3. INSERM (rapport). Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. Juin 2015 [cité 9 janvier 2020]. Disponible sur : www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-5. 2013
5. Auriacombe M, Serre F, Fatséas M. Le craving : marqueur diagnostique et pronostic des addictions ? In : Reynaud M, Benyamina A, Karila L, Aubin HJ, editors. Traité d'addictologie. 2E édition, Paris : Lavoisier ;2016 ;78-83.
6. Auriacombe M et al. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. Ann Med Psychol (Paris) (2018). Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.08.014>
7. Saladin ME, Gray KM, Carpenter MJ, Larowe SD, Desantis SM, Upadhyaya HP. Gender Differences in Craving and Cue Reactivity to Smoking and Negative Affect/Stress Cues. Am J Addict, 2012 ;21 ;210-220.
8. Papachristou H, Nederkoorn C, Havermans R, Van Der Horst M, Jansen A. Can't stop the craving : the effect of impulsivity on cue-elicited craving for alcohol in heavy and light social drinkers. Psychopharmacology (Berl), 2012 ;219 ;511-518.
9. Carter BL, Tiffany ST. Meta-analysis of cue-reactivity in addiction research. Addiction, 1999, 94 ;327-340
10. Grusser SM, Morsen CP, Wolfling K, Flor H. The relationship of stress, coping, effect expectancies and craving. Eur Addict Res, 2007 ;13 ;31-38.

11. Cooney NL, Litt MD, Morse PA, Bauer LO, Gaupp L. Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *J Abnorm Psychol*, 1997 ;106 ;243-250.
12. Childress AR, Ehrman R, Mclellan AT, Macrae J, Natale M, O'Brien CP. Can induced moods trigger drug-related responses in opiate abuse patients ? *J Subst Abuse Treat*, 1994 ;11 ;17-23.
13. Serre F, Fatseas M, Swendsen J, Auriacombe M. Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life : a systematic review. *Drug Alcohol Depend*, 2015 ;148C ;1-20
14. Becchio J, Suarez B. Historique de l'hypnose. *Histoire des neurosciences n°48*, printemps été 2015 [Internet]. [cité 27 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.neurosciences.asso.fr/V2/Actualites/LaLettre/LaLettre48/LaLettre48/assets/basic-html/index.html#2>
15. Melchior T. Créer le réel. Couleur psy seuil. 1998.
16. Bioy A. Que sais ? L'hypnose. Presses universitaires de France. 1997.
17. Bellet P. L'hypnose. Odile Jacob. 2002.
18. A.M.J De Chastenet, Mis De Puységur. Mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal. Dentu. 1820.
19. Majault MJ. Franklin B, Bailly JS, Arcet J, Lavoisier AL. Rapport des commissaires chargés par le Roi de l'examen du magnétisme animal. Imprimerie Royale. 1784.
20. Braid J. Neuroypnologie. Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme. Adrien Delhayé et Emile Lecrosnier. 1843.
21. Liébeault A.A. Du sommeil et des états analogues, considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique. V.Masson et fils. 1866.
22. Haley J. Un thérapeute hors du commun : Milton Erickson. Desclée de Brouwer.

1984.

23. Dumas A. Les trois mousquetaires. Baudry. 1844.
24. Faymonville ME, Bioy A. La révolution de l'hypnose. Peut-on reprendre sa vie en main ? Dunod. 2018.
25. Chertok L. L'hypnose. La petite bibliothèque Payot. 1965.
26. Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose ? Les éditions de minuit. 1994.
27. Godin J. Encyclopédie médico-chirurgicale. Elsevier. 1991.
28. American Psychological Association Division 30 [Internet]. IJCEH. 2017 [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <https://ijceh.com/apa-div30>
29. Weitzenhoffer, A. M., Higrad, E. R. (1962). Stanford Hypnotic Susceptibility Scale: Forms C. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California, USA.
30. Célestin-Lhopiteau I, Bioy A. Aide mémoire. Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions. Dunod. 2014.
31. Tebēcis AK, Provins KA, Farnbach RW, Pentony P. Hypnosis and the EEG. A quantitative investigation. J Nerv Ment Dis. Juill 1975;161(1) ;1-17.
32. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. J Cogn Neurosci. Janv 1999;11(1) ;110-2.
33. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. Biol Psychiatry. 1 févr 1999;45(3) ;327-33.
34. Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini-Ferrando MF, Alpert NM, Spiegel D. Hypnotic Visual Illusion Alters Color Processing in the Brain. AJP. 1 août 2000;157(8) ;1279-84.
35. Faymonville M-E, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic

- state. *J Physiol Paris*. Juin 2006;99(4-6) ;463-9.
36. Danziger N, Fournier E, Bouhassira D, Michaud D, De Broucker T, Santarcangelo E, et al. Different strategies of modulation can be operative during hypnotic analgesia: a neurophysiological study: *Pain*. Mars 1998;75(1) ;85-92.
 37. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-5. 2013.
 38. Auriacombe M, Serre F, Fatséas M. Le craving : marqueur diagnostique et pronostic des addictions ? In : Reynaud M, Benyamina A, Karila L, Aubin HJ, editors. *Traité d'addictologie*. 2E edition, Paris : Lavoisier ; 2016 ;78-83.
 39. Auriacombe M et al. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. *Ann Med Psychol (Paris)* (2018). Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.08.014>
 40. Saladin ME, Gray KM, Carpenter MJ, Larowe SD, Desantis SM, Upadhyaya HP. Gender Differences in Craving and Cue Reactivity to Smoking and Negative Affect/Stress Cues. *Am J Addict*, 2012 ;21 ;210-220.
 41. Papachristou H, Nederkoorn C, Havermans R, Van Der Horst M, Jansen A. Can't stop the craving : the effect of impulsivity on cue-elicited craving for alcohol in heavy and light social drinkers. *Psychopharmacology (Berl)*, 2012 ;219 ;511-518.
 42. Carter BL, Tiffany ST. Meta-analysis of cue-reactivity in addiction research. *Addiction*, 1999 ;94 ;327-340
 43. Grusser SM, Morsen CP, Wolfling K, Flor H. The relationship of stress, coping, effect expectancies and craving. *Eur Addict Res*, 2007 ;13 ;31-38.
 44. Cooney NL, Litt MD, Morse PA, Bauer LO, Gaupp L. Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *J Abnorm Psychol*, 1997 ;106 ;243-250.
 45. Childress AR, Ehrman R, McLellan AT, Macrae J, Natale M, O'Brien CP. Can

- induced moods trigger drug-related responses in opiate abuse patients ? *J Subst Abuse Treat*, 1994 ;11 ;17-23.
46. Serre F, Fatseas M, Swendsen J, Auriacombe M. Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life : a systematic review. *Drug Alcohol Depend*, 2015 ;148C ;1-20.
47. Lynn S, Green J, Accardi M. Hypnosis and smoking cessation : The State of the Science [Internet]. [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/41619939_Hypnosis_and_Smoking_Cessation_The_State_of_the_Science/link/5418c9550cf2218008bf4571/download
48. Holroyd, J. (1980). Hypnosis treatment for smoking: An evaluative review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* ;28(4)341-357.
49. Viswesvaran, C., & Schmidt, F. A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *Journal of Applied Psychology*, 1992 ;77 ;554-561.
50. Law, M. & Tang, J.L. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Archives of Internal Medicine*, 1995 ;155 ;1933-1941.
51. Green, J.P., & Lynn, S.J. Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: An examination of the evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2000 ;48 ;195-224.
52. Schubert, D. K. Comparison of hypnotherapy with systematic relaxation in the treatment of cigarette habituation. *Journal of Clinical Psychology*, 1983 ;39 ;198-202.
53. Pederson, L. L., Scrimgeour, W. G., & Lefcoe, N. M. Comparison of hypnosis plus counseling, counseling alone, and hypnosis alone in a community service smoking withdrawal program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975 ;43 ;920.
54. Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Eds). *The Heart & Soul of Change : What Works in Therapy*. Washington D. C. : American Psychological Association, 1999.

55. 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.
56. Elkins G, Marcus J, Bates J, Rajab H & Cook T. Intensive Hypnotherapy for Smoking Cessation : A Prospective Study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* ;Vol 54 ; No 3.
57. Mathilde Baleste. L'apport de l'hypnose médicale dans le sevrage tabagique: à propos d'un cas clinique. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2019. dumas-02267948
58. Ostermann G. La thérapie narrative. *Diabète & obésité*. Février 2017. Volume 12 n°105.
59. Li X, Chen L, Ma R, Wang H, Wan L, Wang Y, et al. The top-down regulation from the prefrontal cortex to insula via hypnotic aversion suggestions reduces smoking craving. *Human Brain Mapping* [Internet]. 22 nov 2018 [cité 17 janv 2019] ; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/hbm.24483>
60. Bollinger JW, Beadling CW, Waters AJ. Effect of hypnotic suggestion on cognition and craving in smokers. *Addictive Behaviors Reports*. 1 juin 2020;11 ;100220.
61. Field, M., Munafò, M. R., & Franken, I. H. (2009). A meta-analytic investigation of the relationship between attentional bias and subjective craving in substance abuse. *Psychological Bulletin*; 135(4);589–607. <https://doi.org/10.1037/a0015843>.
62. Galy M. Grand Angle. Hypnose : la difficile évaluation. *Egora* n°69, octobre 2015 [Internet]. [cité 27 février]. Disponible sur: http://www.solr.gmsante.fr/EGO/2015/69/EGO_215_69_15.pdf
63. Nathan T., Stengers I. *Médecins et sorciers. La découverte*. 2012.
64. Le code éthique de la CFHTB - CFHTB [Internet]. [cité 10 janv 2020]. Disponible sur : <https://www.cfhtb.org/confederation/le-code-ethique-de-la-cfhtb/>

ANNEXES

Annexe 1- Comparaison des aires cérébrales activées entre l'état d'hypnose et la remémoration de souvenirs (23, 25)

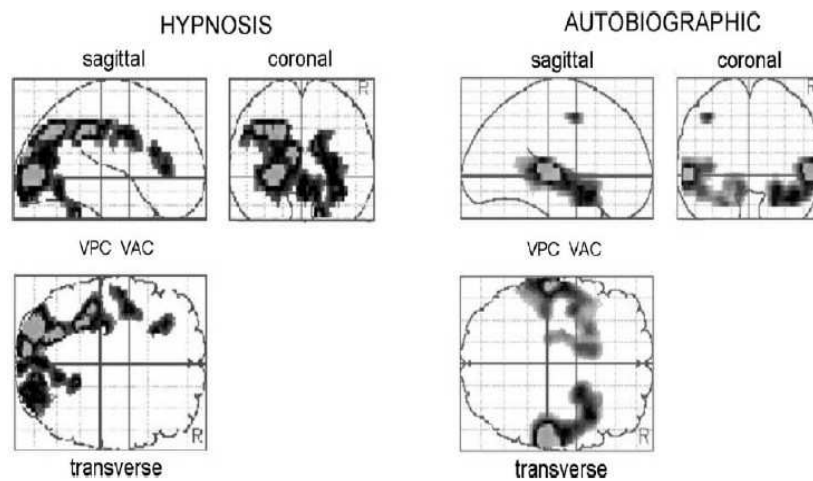
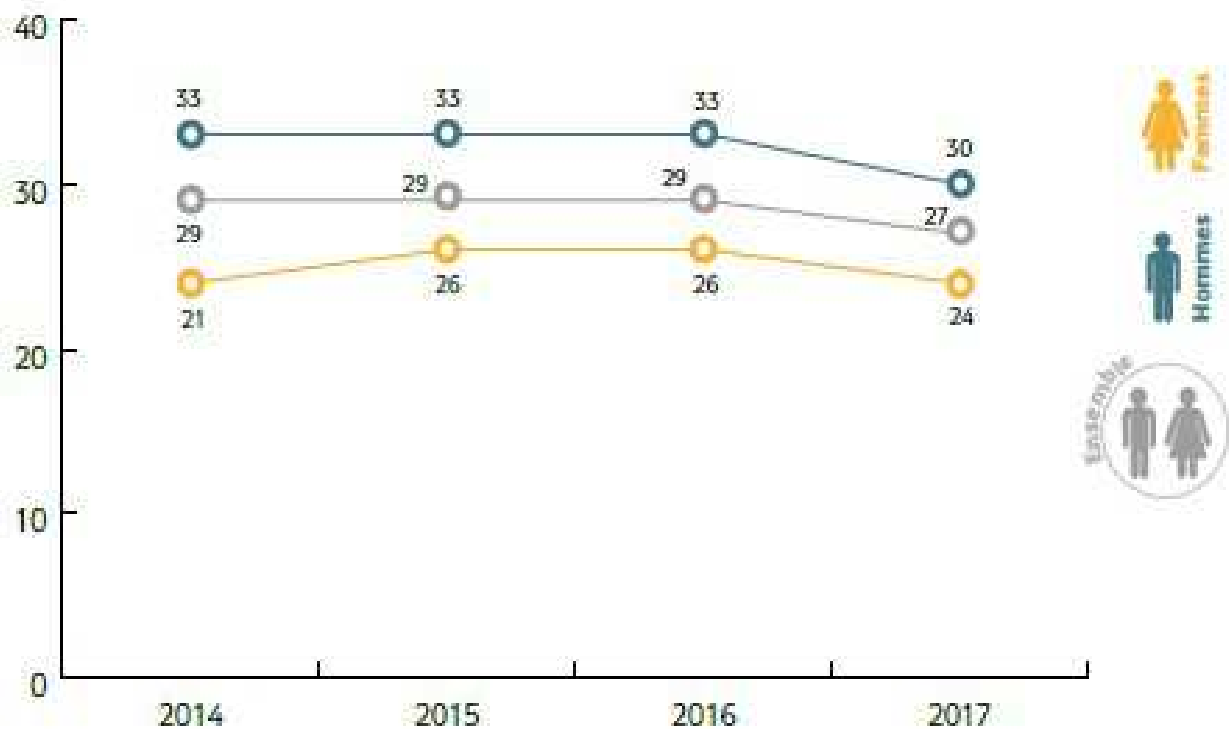


Fig. 1. Brain areas where regional cerebral blood flow (rCBF) is increased during hypnosis compared to mental imaging of autobiographical memories (control distraction task) (left) and brain areas where rCBF is increased during the mental imaging of autobiographical memories compared to the resting state (right). Results are displayed at $p < 0.001$. VAC and VPC identify anterior and posterior commissural planes, respectively. (Adapted from Maquet et al., 1999).

Annexe 2- Niveau de tabagisme quotidien selon le sexe chez les 18-75 ans en France entre 2014 et 2017, en pourcentage (1)



Sources : Baromètres santé 2014, 2016, 2017 et Baromètre cancer 2015, Santé publique France

Annexe 3- Code éthique de la CFHTB (64)



CODE ETHIQUE

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

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

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

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

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

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

Date :

Signature des représentants de l'Institut :

Annexe 4- Questionnaires remplis par Juliette



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 renoncez-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		3

Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac de Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.
Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 39 89*,
* 9, 10 € min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 9h à 20h.

Faire une flèche horizontale, avec des chiffres de 0 à 10



Si vous devez arrêter ce jour : à combien coterez-vous vos chances de réussite ?

3/10 -

Si ce n'est pas 10, comment faire pour améliorer ce score ?

- Tenir l'hypnose -
- Éviter tous les jours -
- Ne rappeler que son argument
non mérité -

Et pourquoi pas 0 ?

- Car je n'ai pas encore tout
essayé! J'ai de l'apôla -

Le portrait chinois :

Si c'était ...

Une couleur : vert

bleu

Une forme : ronde -

ronde

Une saison : été

printemps

Une température : élevée!

doce

Une saison : été

Une sensation : bien être -

stabilité

Un goût : c'est bon!

bon

Un plat : des spaghetti

bon bon
(bergamote)

Un vêtement : Un pas mankau -

chemise

Un ville : Bordeaux -
France -

Parigi

Quelle est la première consommation de cigarette dans la journée :

- 1^{ère} cigarette : 9^h00.
- Cigarette : 11^h30 -

Et la dernière :

- En semaine : la dernière 23^h00 -

Quelles sont les vraies cigarettes de « plaisir » :

- Après le repas de midi avec le café -
- Le soir en soirée.

Et les cigarettes d'« habitude » ?

- Avant les repas
-

Celles qui pourraient être le plus facile à faire disparaître :

Celles de 16^h30 - "le goûter"

Et les plus difficiles :

Après le repas
le soir -

Tentatives d'arrêt ou techniques pour diminuer sa consommation : Si oui,

- les décrire :
- 1^{ère} cigarette.
 - Annonce de l'arrêt à tout le monde -

Rechutes : ++ oui.

Leur bout de 15 jours après le premier janvier -
2018.

Ce qui a suscité la reprise :

- x les rencontres avec des fumeurs
- x le stress ++

Quels sont les différents types de stress dans la vie professionnelle :

x La thèse +++

Et familiale :

x que mes proches parents ne l'ont bien -

Et amicale :

x aucun -

Comment gérer les contrariétés/angoisses/nervosité du quotidien :

Angoisses ? Nervosité ?

- En jurant !

Autres « addictions » compensatrices : Si oui, les décrire

→ 8 cigarettes en augmentation -

→ Projet de thèse -

Quelles sont les motivations ayant donné l'envie de réduire ou d'arrêter ?

- Réduire l'anxiété

- Ne pas avoir de problèmes de fertilité.

- Faire plaisir à mon conjoint -

Annexe 5- Questionnaire de suivi à deux ans de l'intervention hypnotique

1- Depuis la dernière séance d'hypnose, comment ta consommation de tabac a-t-elle évolué (quantités, type de tabac consommé, tentatives d'arrêt, moyens utilisés pour arrêter, etc.) ?

Pas de cigarette durant 7 mois. Mais en soirée si j'avais vraiment envie à cause de l'ambiance je prenais la cigarette électronique zéro nicotine de temps à autre.

Ensuite j'ai repris très brutalement durant l'été 2019 sur une énorme contrariété, un problème familial, et malheureusement je me suis remise à fumer pour les soirées uniquement, une fois par semaine, puis en rentrant de temps à autre à la maison le soir...

Ensuite j'ai arrêté brutalement en octobre 2019 pour un projet bébé, et en mâchant des gommes de nicotine au besoin (mauvaise idée, ça ne me convenait pas, ni les patchs). Résultat, je suis tombée enceinte en décembre 2019 et depuis je ne prends strictement rien mais j'ai très envie de fumer dès que je vois quelqu'un fumer. Pas facile mais je n'ai pas le choix. Je ne prends pas non plus de cigarette électronique depuis que je suis enceinte. J'aimerais refaire des séances d'hypnoses mais je ne connais personne sur Périgueux.

2- Fumes-tu actuellement ?

Non.

Si non, penses-tu avoir transféré ton trouble de l'usage tabac sur une autre source de gratification ?

Quand j'ai stoppé pendant 7 mois, je ne pense pas avoir transféré mon trouble sur autre chose.

3- Concernant les séances d'hypnose :

- **Qu'as-tu pensé de l'ensemble des trois séances ? (Déroulé en accord avec tes attentes ? Bénéfices (ou non) ressentis durant la séance ou au décours des séances ? Fréquence des séances satisfaisante ou non ? Volonté de poursuivre un suivi ou non ?)**

J'ai vraiment apprécié les séances car au-delà de l'arrêt de la cigarette (même pour 7 mois), je garde en image le lieu où tu m'as demandé de me mettre pour me sentir bien (le jardin des grands-parents près d'un arbre) et après 2 ans, j'essaie parfois de retrouver cette sensation quand je suis un peu tendue. L'image ne marche plus quand j'essaie pour ne plus penser à la cigarette mais ça m'apaise dans d'autres situations (quand je pense par exemple à des trucs angoissants le soir au coucher et bien ça me détend)

- **L'hypnose a-t-elle modifié quelque chose dans ton rapport actuel à la cigarette ?**

Oui, ça me donne espoir de pouvoir ne pas reprendre après mon accouchement !

- **As-tu ressenti des bénéfices secondaires de ces séances d'hypnose ?**
cf paragraphe du dessus.
- **As-tu des propositions pour améliorer ce type de thérapie dans le traitement d'une addiction ?** I
Il faudrait faire plus de séances, des séances d'entretien.

4- As-tu quelque chose à ajouter ?

Merci à toi !

ACCORD PRÉALABLE

Je termine actuellement mes études de médecine par la réalisation d'une thèse portant sur l'apport de l'hypnose dans le sevrage tabagique.

Dans le cadre d'un précédent travail, vous avez bénéficié de séances d'hypnose, puis d'un suivi à un mois.

Dans le cadre de cette thèse et avec votre consentement, je souhaiterais vous recontacter et vous envoyer un questionnaire à deux ans de l'intervention.

Conformément à l'obligation médicale de secret professionnel, toutes les données personnelles des patients sont protégées et gardées confidentielles.

Pour tout renseignement ou pour vous retirer de l'étude vous pouvez me joindre à l'adresse : [REDACTED] [@gmail.com](mailto:[REDACTED]@gmail.com)

Je vous remercie par avance pour votre contribution à ce travail.

CONSENTEMENT ÉCRIT DU PATIENT

Je soussigné(e) (nom, prénom)....., né(e) le/...../....., apporte mon consentement pour participer à l'étude menée par Mr. Hugo Joachin sur le thème de l'hypnose médicale.

Le/...../.....


Signature

ACCORD PRÉALABLE

Je termine actuellement mon diplôme d'hypnose thérapeutique par la réalisation d'un travail portant sur l'apport de l'hypnose dans le sevrage tabagique.

Dans le cadre de ce travail et avec votre consentement, je souhaiterais réaliser des séances avec enregistrement sonore, puis vous recontacter dans un mois.

Conformément à l'obligation médicale de secret professionnel, toutes les données personnelles des patients sont protégées et gardées confidentielles.

Pour tout renseignement ou pour vous retirer de l'étude, vous pouvez me joindre à l'adresse : @gmail.com

Je vous remercie par avance pour votre contribution à ce travail.

CONSENTEMENT ÉCRIT DU PATIENT

Je soussigné(e) (nom, prénom)....., né(e) le/...../....., apporte mon consentement pour participer à l'étude menée par Mr. Hugo Joachin sur le thème de l'hypnose médicale.

Le/...../.....

Signature

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

EFFICACITÉ DE L'HYPNOSE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ARRÊT DU TABAC : À PROPOS D'UN CAS

Introduction

L'addiction représente un problème de santé publique majeur, aussi bien à l'échelle individuelle que collective. Concernant l'addiction au tabac, un français sur quatre environ consomme du tabac de manière quotidienne. Parmi cette population de consommateur, une partie présente un trouble de l'usage avéré. Aussi, l'hypnothérapie est une technique qui a bénéficié d'un nouvel élan depuis quelques années. Un rapport publié en 2015 par l'INSERM a d'ailleurs confirmé son efficacité dans la prise en charge de certains troubles, mais n'a pas confirmé son efficacité dans la prise en charge de l'addiction au tabac. Parmi leurs conclusions, il était proposé de réaliser des études qualitatives pour mieux appréhender l'ensemble des dimensions thérapeutiques hypnotiques. Ainsi, il nous a semblé intéressant de réaliser et analyser une étude de cas de sevrage tabagique.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude de cas qui évalue l'apport de l'hypnose dans le cadre d'un accompagnement de l'arrêt du tabac à 1 mois et 2 ans de suivi. Le critère de jugement principal était l'évaluation de l'impact sur la consommation tabagique de trois séances d'hypnose. Les critères de jugements secondaires étaient l'évaluation : du ressenti global sur les séances d'hypnose, de l'envie de poursuivre le suivi par hypnose, de l'existence de bénéfices secondaires de l'hypnose. Les critères d'inclusion étaient : tabagisme actif, disponibilité pour trois séances à une semaine d'intervalle, disponibilité pour des exercices quotidiens, avoir une addiction au moins légère selon le DSM-V, se sentir prêt à diminuer voire arrêter sa consommation. L'intervention hypnotique consistait en trois séances réalisées chacune à une semaine d'intervalle. Le recueil de données s'est fait par enregistrement audio retranscrit et questionnaires en format papier et informatique.

Résultats

À 1 mois de l'intervention, la patiente n'avait pas repris la consommation de tabac, sans difficultés apparentes. À 2 ans de l'intervention, la patiente a rapporté ne pas avoir fumé pendant 7 mois après l'intervention, puis a repris progressivement sa consommation au décours d'une contrariété. Aussi, elle utilise les bienfaits de l'hypnose pour gérer certaines situations anxiogènes. Elle souhaiterait réaliser de nouvelles séances d'hypnose pour gérer ses envies actuelles qui ne sont pas contrôlées par les traitements substitutifs. Enfin, ces séances lui ont permis d'avoir plus confiance en elle et sur ses capacités à arrêter sa consommation de tabac.

Conclusion

L'hypnose semble être une option thérapeutique intéressante dans l'accompagnement de la prise en charge d'un trouble de l'usage tabac. De nouvelles études sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

Mots clés : hypnose, hypnothérapie, tabac, tabagisme, sevrage tabagique, addiction