

UNIVERSITÉ PARIS XI
FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS SUD

Thèse pour le Doctorat en médecine

Présentée par Marie-Lou ERCOLE

Née le 12/06/1985 à Les Lilas

Les représentations de l'hypnose des patients fumeurs ayant eu recours aux techniques hypnotiques pour leur sevrage tabagique, en Ile de France.

Directeur de la thèse : Dr Pascale Arnould

Le président de thèse

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

P/ le Président de l'Université, le Doyen de
la Faculté de Médecine Paris-Sud

Professeur Amine Benyamina

Professeur Didier Samuel

Remerciements

Au Docteur Pascale Arnould, Maître de conférences associé.

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Je vous remercie pour votre soutien, votre disponibilité et la pertinence de vos conseils.

Au Professeur Amine Benyamina, Professeur des universités, Praticien hospitalier.

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la présidence de cette thèse. Je vous remercie pour votre grande disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

Au Docteur François Raineri, Professeur associé.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de faire partie du jury. Je vous remercie pour la relecture de mon travail, vos précieux conseils et votre soutien, en dépit de votre charge de travail. Je vous remercie également de m'avoir permis de me former à l'hypnose à la SFMG.

Au Docteur Marion Adler, Praticien hospitalier. Vous m'avez fait l'honneur de faire partie du jury et de juger mon travail. Je vous remercie pour votre grande disponibilité, vos conseils et votre extrême gentillesse.

A la SFMG, et plus particulièrement à Madame Christel Guiguen, pour avoir contribué à l'aboutissement de ce travail en diffusant la demande de recrutement auprès des médecins formés à l'hypnose en Ile-de-France.

A tous les patients ayant participé à l'élaboration de cette thèse en acceptant de partager leurs expériences avec moi pendant les entretiens.

A mes parents, qui m'ont toujours soutenu pendant toutes ces années. Merci pour votre soutien indéfectible pendant toutes ces épreuves que la vie a mis sur mon chemin.

A mon fils, Malone. Ta présence et ton amour me comblent au quotidien. Sans toi, je ne serais pas la même personne aujourd'hui. Je te dédie ce travail, car tu as été ma seule source de motivation.

Sommaire

TITRE	1
REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
ABREVIATIONS	7
TABLE DES TABLEAUX	8
INTRODUCTION	9
1. Le tabac aujourd'hui	9
<i>1.1. Tabac et Santé publique</i>	9
1.1.1. Morbi mortalité en France	9
1.1.2. Les risques du tabagisme passif	9
1.1.3. La place du tabac dans la société actuelle	9
<i>1.2. Les mécanismes de la dépendance tabagique</i>	9
1.2.1. Définition de la dépendance	9
1.2.2. La dépendance physique au tabac	10
1.2.3. Les dépendances psycho-comportementales au tabac	10
1.2.4. Outils de mesure de la dépendance tabagique	10
<i>1.3. Le sevrage tabagique</i>	11
1.3.1. Définition du sevrage	11
1.3.2. Méthodes thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique	11
<i>Recommandées</i>	11
<i>Non recommandées</i>	12
2. La place du médecin généraliste dans l'aide au sevrage tabagique	12
<i>2.1. Le généraliste « premier recours » du patient tabagique désirant se sevrer et acteur principal de la prévention anti-tabac</i>	12
<i>2.2. Le positionnement des médecins généralistes face à ces attentes</i>	13
3. L'hypnose médicale	13
3.1. <i>Définition(s)</i>	13
3.2. <i>L'enseignement en France</i>	14
3.3. <i>Les représentations de l'hypnose</i>	14

3.3.1. Par les patients	14
3.3.2. Par les professionnels de santé	14
3.3.3 Conclusion sur les représentations de l'hypnose	15
3.4. Indications médicales actuelles de l'hypnose.....	15
3.5. La place de l'hypnose en médecine générale	15
3.5.1. La position de l'académie nationale de médecine	15
3.5.2. Concordance entre les motifs de recours en médecine générale et les indications de l'hypnose	15
3.5.3. Les apports de l'hypnose dans la relation médecin-malade	15
3.6. L'hypnose médicale dans l'aide au sevrage tabagique.....	16
3.6.1. Dans les pays francophones	16
3.6.2. Dans les pays anglo-saxons	16
4. L'intérêt d'une étude sur les représentations de l'hypnose des patients fumeurs ayant eu recours aux techniques hypnotiques.....	17
MATERIEL ET METHODES.....	18
1.Choix de la méthode	18
2. Constitution de l'échantillon	18
3. Recueil des données.....	19
4. Méthode d'analyse	19
RESULTATS	20
1.Caractéristiques de la population étudiée	20
2. L'histoire du tabagisme	21
<i>2.1. Le début de la consommation de tabac</i>	<i>21</i>
2.2.1. Un début de consommation précoce avec effet de groupe	21
2.2.2. Une image sociétale forte, en mutation.....	21
2.2.3. L'entourage comme catalyseur de l'addiction tabagique	21
<i>2.2. Le milieu de la consommation ou phase d'état du tabagisme</i>	<i>22</i>
2.2.1. L'intégration du tabac à la vie quotidienne.....	22
2.2.2. La construction d'un profil addictif	22
2.2.3. Les motivations à fumer en dépit des circonstances négatives.....	24
<i>2.3. La fin de l'addiction, les tentatives de sevrage.....</i>	<i>24</i>
2.3.1. Des motivations principalement liées à la santé	24

2.3.2. Variabilité et accumulation des méthodes d'aide au sevrage utilisées	25
2.3.3. Les difficultés rencontrées pendant les sevrages sont principalement comportementales	26
2.3.4. La motivation personnelle décrite comme facteur prédictif de succès ou de rechute, mais aussi l'importance de l'entourage	27
3. Les raisons du choix de l'hypnose.....	28
3.1. <i>En défaveur de l'hypnose</i>	28
3.2. <i>En faveur de l'hypnose</i>	29
4. La confrontation à l'hypnose	30
4.1. <i>L'introduction à l'hypnose</i>	30
4.1.1. L'importance de la réassurance et de la démystification de l'hypnose par le médecin	30
4.1.2. Le questionnement préalable sur les diverses composantes de son rapport au tabac.....	31
4.2. <i>L'induction d'un mode de fonctionnement hypnotique « durable »</i>	31
4.3. <i>La mobilisation des ressources pendant la phase de transe hypnotique</i>	32
4.4. <i>La phase post hypnotique</i>	33
4.4.1. Le ressenti général	33
4.4.2. La modification des représentations de l'hypnose.....	35
4.5. <i>L'appropriation par le patient</i>	35
4.5.1. L'auto hypnose comme outil de soutien efficace mais difficile à mettre en place.....	35
4.5.2. La perception de l'importance préalable du questionnement sur le rapport au tabac, avec déconstruction de la part psycho comportementale de l'addiction, changement de rapport au tabac et autoanalyse de consommation.....	36
4.5.3. La relation de confiance et la réceptivité comme pré requis à l'efficacité de l'hypnose, mais aussi la volonté investie dans le changement	37
4.5.4. Généralisation de l'hypnose à d'autres indications.....	37
5. Efficacité à court terme des techniques hypnotiques comme outil de sevrage tabagique	38
DISCUSSION	39
1. Matériel et méthodes.....	39
1.1. <i>Validité interne</i>	39
1.1.1. Le recueil des données	39
1.1.2. L'analyse des données.....	39
1.2. <i>Validité externe</i>	39
1.2.1. Caractéristiques de la population étudiée	39

1.2.2. La saturation.....	40
2.Les principaux résultats	40
2.1. <i>La force de l'intégration sociale du tabac</i>	40
2.2. <i>La mise en avant de la dépendance psycho-comportementale</i>	41
2.3. <i>Le recours à l'hypnose</i>	42
2.4. <i>La confrontation à l'hypnose</i>	44
2.5. <i>La phase post hypnotique</i>	45
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	49
ABSTRACT	52
RESUME	53
ANNEXE 1	54
ANNEXE 2	55
ANNEXE 3	56
ANNEXE 4	57
ANNEXE	58
ANNEXE	59
ANNEXE 7	60
ANNEXE 8	61
ANNEXE 9	62
ANNEXE 10	63
ANNEXE 11	64
ANNEXE 12	65

Abréviations

AFEHM : Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale

AFH : Association Française d'Hypnose

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

C : Consultation

CSP : Catégorie Socio Professionnelle

DSM: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders

DU : Diplôme Universitaire

HAD: Hospital Anxiety and Depression scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IFH : Institut Français d'Hypnose

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IMAO : Inhibiteurs de Monoamine Oxydase

MSN : Mort Subite du Nourrisson

Occ : Occurrence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Paquets Années

SFMG : Société Française de Médecine Générale

TNS : Traitements Nicotiniques de Substitution

Table des tableaux

TABLEAU I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	20
TABLEAU II. CONSTRUCTION D'UN PROFIL ADDICTIF	23
TABLEAU III. LES DIFFERENTS RAPPORTS AU TABAC	24
TABLEAU IV. LES RAISONS DES TENTATIVES DE SEVRAGE.....	24
TABLEAU V. LES DIFFICULTES DECRITES PENDANT LES SEVRAGES	26
TABLEAU VI. LES ARGUMENTS EN DEFAVEUR DE L'HYPNOSE.....	28
TABLEAU VII. LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'HYPNOSE.....	29
TABLEAU VIII. CE QUE LES PATIENTS ONT RETENU DU QUESTIONNEMENT PREALABLE A LA SEANCE	31
TABLEAU IX. CE QUE LES PATIENTS ONT RETENU DE LA PHASE D'INDUCTION A L'HYPNOSE	31
TABLEAU X. CE QUE LES PATIENTS ONT RETENU DE LA PHASE DE TRANSE HYPNOTIQUE	32
TABLEAU XI. LES REPRESENTATIONS DE L'HYPNOSE APRES CONFRONTATION AUX TECHNIQUES HYPNOTIQUES	35
TABLEAU XII. LES CHANGEMENTS DU RAPPORT AU TABAC SUITE A L'HYPNOSE.....	36

Introduction

1. Le tabac aujourd'hui

1.1. Tabac et Santé publique

1.1.1. Morbi mortalité en France

Le tabagisme chronique en France est une des premières causes de mortalité évitable, le principal facteur de risque de pathologies cardio-vasculaires et de BPCO, ainsi qu'une cause imputable dans 1/3 des cancers ⁽²⁴⁾, tuant près de 50% de ceux qui en consomment ⁽⁴³⁾. La prévalence du tabagisme actif est stable à 34%, plaçant la France comme l'un des pays où la consommation de tabac est la plus importante ⁽³⁰⁾. La prévalence masculine reste supérieure à la prévalence féminine, avec une diminution de l'écart avec les années ⁽³⁰⁾. Après une décroissance régulière du tabagisme en France à partir des années 70, celui-ci augmente à nouveau depuis 2008, particulièrement chez les femmes ⁽³⁰⁾.

1.1.2. Les risques du tabagisme passif

Responsable d'environ 600000 décès prématurés/an, il n'existe pas de seuil en deçà duquel il est sans danger ⁽⁴³⁾. Les premiers touchés sont les enfants, représentant 28% des décès imputables au tabagisme passif, sachant que pour 50% d'entre eux, au moins un de leur deux parents est fumeur ⁽⁴³⁾. Les risques concernent le fœtus (retard staturo-pondéral in utéro), le nourrisson (MSN) et l'adulte (maladies cardio-vasculaires et pulmonaires) ⁽²⁶⁾.

1.1.3. La place du tabac dans la société actuelle

Devant ces chiffres de morbi-mortalité, le tabac est passé depuis les années 50 d'un produit de consommation banal admis par notre société à un produit toxicomanogène désavoué. De nombreuses actions de santé publique sont engagées à son encontre, y compris un cadre législatif, visant une diminution du nombre de fumeurs et une lutte contre le tabagisme passif (décret Bertrand du 15/11/2006). Le rapport de notre société avec le tabac, véhicule de valeurs sociales et symboliques fortes, est bien décrit dans la revue d'histoire *Vingtième Siècle*, chapitre « comment le tabac est-il devenu une drogue ? » parue en 2009 ⁽²¹⁾.

1.2. Les mécanismes de la dépendance tabagique

1.2.1. Définition de la dépendance

Selon l'OMS, la dépendance est : « un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique entraîne un

désinvestissement progressif des autres activités »⁽⁴⁴⁾. Le syndrome de dépendance est évaluable par la grille du DSM-V. (Annexe 1)

1.2.2. La dépendance physique au tabac

La nicotine est à ce jour la seule substance incriminée, y compris dans le rapport HAS de 2015⁽²⁶⁾ : « la dépendance physique est liée à la nicotine contenue dans le tabac, qui a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne ».

Pourtant un rapport de l'INSERM en 2004 suggère que la nicotine ne serait pas la seule substance chimique responsable, et que d'autres composants mériteraient d'être identifiés et étudiés, tels les IMAO ou les arômes⁽³⁵⁾. Aucune étude fiable n'a encore été menée pour étudier le(s) mécanisme(s) de la dépendance physique au tabac dans le but de mieux les comprendre et proposer un meilleur accompagnement au fumeur dans ses tentatives de sevrage. Est soulevée l'hypothèse d'un contre intérêt financier de l'assurance maladie, l'industrie pharmaceutique et l'industrie du tabac⁽³⁵⁾.

1.2.3. Les dépendances psycho-comportementales au tabac

Elles sont plus difficiles à quantifier, présentant de grandes variabilités inter individuelles. Leur connaissance est pourtant fondamentale, les substituts palliant la dépendance physique au tabac n'étant pas suffisants au succès du sevrage.

La dépendance psychique est liée à la stimulation du système dopaminergique méso-cortico-limbique ou « système de récompense »⁽³⁵⁾, induisant une augmentation de la concentration de dopamine dans le noyau accumbens »⁽³⁵⁾. Cela provoque un renforcement positif avec sensation de plaisir et de détente, mais aussi une action anxiolytique et antidépressive⁽³⁵⁾.

La dépendance comportementale correspond au fait que le tabac s'inscrit dans un habitus propre à chaque fumeur, intégrant sa personnalité, son vécu et sa vie quotidienne

En effet, chaque cigarette fumée ne stimule pas le système de récompense ni ne répond à un besoin en réponse à un manque physique. Beaucoup des cigarettes quotidiennes sont simplement inscrites dans une « routine » propre à chacun, souvent provoquées par des circonstances sociales, conviviales ou des lieux suscitant le « réflexe de fumer », sans que le fumeur n'en soit pleinement conscient.

1.2.4. Outils de mesure de la dépendance tabagique

Du fait des trois composantes (physique, psychique et comportementale) participant au syndrome de dépendance, la mesure globale de celle-ci est compliquée.

Pour la dépendance physique, le test de Fagerström (Annexe 2) est le seul outil de mesure standardisée recommandé, bien qu'il n'explore qu'une petite part de la dépendance physique, corrélée à la tolérance et à la vitesse de métabolisation de la nicotine ⁽²⁶⁾.

Le test HAD (Annexe 3) est quant à lui recommandé en début de sevrage pour dépister d'éventuels troubles anxio dépressifs, dans l'objectif de permettre un suivi plus personnalisé et adapté sur le plan psychologique, mais sans recommandation sur l'attitude en adapter en fonction des résultats ⁽²⁶⁾.

1.3. Le sevrage tabagique

1.3.1. Définition du sevrage

Selon l'OMS, le syndrome de sevrage est : « un ensemble de symptômes qui se regroupent de diverses manières et dont la gravité est variable ; ils surviennent lors d'un sevrage complet ou partiel d'une substance psychoactive consommée de façon répétée et habituellement prolongée ou massive (...) le syndrome de sevrage est l'un des indicateurs d'un syndrome de dépendance » ⁽⁴⁵⁾. Dans le cas du tabac, outre les envies irrésistibles de fumer, peuvent survenir : de l'irritabilité, des troubles de la concentration, de l'anxiété, des troubles du sommeil, des symptômes dépressifs, de la fatigue, des céphalées, une augmentation de l'appétit, une constipation... tous ces symptômes s'installent 24 à 48h après l'arrêt et présentent de fortes variabilités inter individuelles.

1.3.2. Méthodes thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique

D'après les recommandations 2015 de la Haute Autorité de Santé ⁽²⁶⁾.

Recommandées

- Les TNS sont recommandés en première intention, du fait d'une augmentation de l'abstinence à 6 mois de 50 à 70%.
- Les traitements médicamenteux (Varénicline, Bupropion) sont recommandés en seconde intention, chez les patients fortement dépendants à la nicotine. Des données récentes sur les effets indésirables de la varénicline sont rassurantes. ⁽²⁷⁾
- L'entretien motivationnel : son efficacité a été mise en évidence par une méta analyse publiée dans le Cochrane en 2013, rapportant que celui-ci était associé à une augmentation significative de l'arrêt du tabac. Une définition clinique proposée en 2013 par Miller et Rollnick, définissait

l'entretien motivationnel comme « un style d'intervention centré sur la personne pour répondre au problème de l'ambivalence à propos du changement. » ⁽³⁹⁾.

Le postulat de base de l'entretien motivationnel repose sur le fait que celui-ci est fait « pour et avec la personne » et s'inscrit comme « un moyen de mobiliser les propres motivations et propres capacités à changer » du patient. ⁽³⁹⁾

- Les thérapies cognitivo-comportementales : réalisées en consultations de tabacologie, elles ont montré leur efficacité, en association avec les TNS ou les traitements médicamenteux.

Non recommandées

- La cigarette électronique : Elle n'est pas considérée comme une méthode thérapeutique en elle-même car non soumise aux tests des médicaments. Elle peut être soumise aux normes volontaires afnor. ⁽³⁾ Cependant, pour certains, un nombre croissant de patients fumeurs seraient aidés par celle-ci pour le sevrage tabagique, utilisée en association avec les traitements validés ou bien seule.
- Réduction du nombre de cigarettes consommé : non recommandée du fait de la mise en place inconsciente par le fumeur d'une inhalation plus intense, en parallèle de la diminution du nombre de cigarettes fumées, afin de compenser le manque physique engendré.
- L'acupuncture, l'hypnose, la relaxation, etc. : sans être recommandées, elles sont « non contre-indiquées, en association avec les méthodes recommandées » ⁽²⁶⁾, en raison de l'absence d'études de forte puissance prouvant scientifiquement l'efficacité de ces méthodes.

2. La place du médecin généraliste dans l'aide au sevrage tabagique

2.1. Le généraliste « premier recours » du patient tabagique désirant se sevrer et acteur principal de la prévention anti-tabac

Selon l'INSERM : « les médecins généralistes français sont sûrement les acteurs de santé les mieux placés pour d'une part prendre en charge les personnes désireuses d'arrêter de fumer et d'autre part entreprendre une prévention ciblée du tabagisme auprès de la population non fumeuse » ⁽³⁴⁾ ⁽⁶⁾. Cela s'appuie sur le fait que 70% des fumeurs consultent un généraliste au moins une fois/an et que ceux-ci assurent par définition le suivi de leurs patients dans le temps et dans leur globalité physique, psychique et comportementale, prenant en compte les interactions sociales et professionnelles. Cette spécificité de la discipline permet la mise en place d'une aide au sevrage tabagique particulière à chaque patient,

avec une répercussion positive sur l'efficacité du sevrage. Est prise en compte dans cet argumentaire la pluri factorialité de la dépendance tabagique, plus pertinente que les moyens univoques mis à disposition du généraliste dans l'aide au sevrage tabagique.

Selon ce même rapport, au sujet de la prévention : « le médecin généraliste doit devenir le leader de la lutte antitabac », tout comme la HAS qui préconise de prodiguer un conseil minimal auprès de tout fumeur, du fait que cela augmenterait de plus de 50% la probabilité de sevrage tabagique et d'abstinence à long terme ⁽²⁶⁾.

2.2. Le positionnement des médecins généralistes face à ces attentes

Selon l'INSERM, 50% des généralistes ne connaîtraient pas le statut tabagique de leurs patients, considérant que celui-ci fait partie du domaine privé et d'un choix de mode de vie du patient. Seuls 43% s'estimeraient efficaces dans la prise en charge du tabagisme, du fait d'une forte prévalence tabagique chez les médecins biaisant leurs représentations, et d'un déficit de formation ⁽⁶⁾.

Une thèse menée en 2012 s'intéressant au manque d'implication des généralistes dans l'aide au sevrage tabagique retient que : « le généraliste se trouve coincé entre deux réalités : celle du patient qui considère que c'est à lui seul de gérer son tabagisme et celle de l'autorité de santé publique qui recommande aux médecins d'intervenir systématiquement auprès des patients en faveur de l'arrêt du tabac ». ⁽⁴⁹⁾

3. L'hypnose médicale

3.1. Définition(s)

Multiplées et évolutives, elles prennent aujourd'hui en compte les apports des neurosciences ⁽⁴⁶⁾.

Dans ce travail, nous nous appuyons sur la définition proposée par la SFMG dans le cadre des formations sur l'hypnose destinées aux médecins généralistes : « L'hypnose est une des nombreuses modalités du fonctionnement naturel et habituel du cerveau humain. Ce fonctionnement implique une mise à distance plus ou moins fluctuante de la vigilance. Il peut être amplifié par le sujet lui-même ou avec l'aide d'un tiers. Ce mode de fonctionnement ouvre des possibles « associations fonctionnelles » singulières entre différentes aires corticales. Ces particularités associatives se traduisent par des changements plus ou moins durables dans les perceptions sensorielles, les ressentis émotionnels, les cognitions et conceptions, les gestes moteurs. Ces possibilités de changements peuvent notamment être utilisées à des fins thérapeutiques ».

3.2. L'enseignement en France

Actuellement, certaines facultés proposent un DU d'hypnose médicale, notamment celles de Paris Sud, Paris VI, Montpellier/Nîmes, Marseille, Antilles-Guyane, Toulouse et Bordeaux 2 ⁽¹⁰⁾. Certaines, comme celle de Lille, offrent une formation à l'hypnose médicale en intégration dans un autre cursus, dans ce cas, le DU sur la douleur aiguë.

Parallèlement, de nombreux organismes privés proposent une formation à l'hypnose médicale, tels que la SFMG, l'AFH, L'IFH ou encore l'AFEHM. Ces formations, en dehors de celle de la SFMG qui ne s'adresse qu'aux médecins généralistes, s'adressent à tous les professionnels de santé.

3.3. Les représentations de l'hypnose

3.3.1. Par les patients

Dans les travaux récents sur les représentations sociales de l'hypnose, la thèse du Dr A. Bosc également conduite à Paris Sud a mis en évidence que l'hypnose était encore perçue par un grand nombre de patients comme une méthode alternative relevant plus du paranormal que des neurosciences, avec une confusion fréquente entre hypnose médicale et hypnose de spectacle ⁽¹¹⁾. Cette confusion entraînait des appréhensions quant à l'utilisation de l'hypnose à des fins médicales ou un espoir de thérapie « magique ».

Un autre travail de thèse mené en Suisse sur le même thème, fondé sur une revue de littérature, a mis en évidence l'omniprésence de la question du « contrôle » dans toutes les représentations ⁽¹⁵⁾.

3.3.2. Par les professionnels de santé

Les représentations des soignants, explorées par le travail de thèse mené en Suisse ⁽¹⁵⁾, étaient essentiellement des craintes telles que : la peur d'influencer à l'excès, de créer de la dépendance, de se heurter à un sujet « négatif » ou de ne pas réussir à réveiller la personne hypnotisée.

Selon Thomson : « la plupart des professionnels de la santé ont peu d'information précise au sujet de l'hypnose, dès lors leurs représentations sont donc basées sur la méconnaissance du sujet. En conséquence, ces acteurs de santé n'utilisent pas l'hypnose, ne réfèrent pas les patients vers elle et ne considèrent pas l'hypnose comme part de la médecine » ⁽⁵³⁾.

Pour y remédier, Barling et al. suggèrent que : « l'expérience personnelle en hypnose clinique, ajoutée à une formation adéquate, serait la meilleure manière d'améliorer les connaissances, attitudes et

croyances concernant cette pratique, et de promouvoir l'utilisation de l'hypnose clinique comme un traitement efficace » ⁽⁸⁾.

3.3.3 Conclusion sur les représentations de l'hypnose

Ces travaux ont mis en évidence des représentations biaisées par les médias et un manque d'information scientifique, auprès de la population générale comme des professionnels de santé, y freinant son recours d'une part et sa pratique d'autre part.

3.4. Indications médicales actuelles de l'hypnose

Ayant fait la preuve de son efficacité dans certaines indications, l'hypnose commence à être utilisée à l'hôpital. Ces indications regroupent : l'hypno analgésie, l'hypno sédation et la gestion des troubles psychiques (plus particulièrement des manifestations dépressives). ^{(2) (10)}

Les indications non reconnues sont larges et concernent bien souvent des troubles pour lesquels la médecine manque de réponses thérapeutiques efficaces, mais du fait d'un manque de preuve scientifique, elles ne sont pas recommandées.

3.5. La place de l'hypnose en médecine générale

3.5.1. La position de l'académie nationale de médecine

Elle classe l'hypnose dans les thérapies complémentaires (ThC) et la définit comme : « une technique de psychothérapie qui a montré son efficacité dans certaines pathologies, notamment l'état de stress post traumatique » ⁽¹⁰⁾. Elle ne recommande son utilisation que dans les indications où elle a fait la preuve scientifique de son efficacité : la gestion de la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent et les effets secondaires des chimiothérapies anti cancéreuses.

3.5.2. Concordance entre les motifs de recours en médecine générale et les indications de l'hypnose

Dans son travail de thèse ⁽¹²⁾, le Dr Brel a mis en évidence une concordance entre les domaines d'application de l'hypnose et les motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale, recensés dans le Dictionnaire des Résultats de Consultation de la SFMG ⁽⁵²⁾.

3.5.3. Les apports de l'hypnose dans la relation médecin-malade

La conclusion du travail de thèse du Dr Brel était que la pratique de l'hypnose, pour 95% des médecins généralistes interrogés, leur permettait de modifier positivement leur approche des patients,

via une approche plus globale, une augmentation du temps d'écoute et une diminution d'interprétation du discours du patient, débouchant sur une meilleure alliance thérapeutique ⁽¹²⁾.

3.6. L'hypnose médicale dans l'aide au sevrage tabagique

A ce jour, peu d'études scientifiques ont étudié cette indication. Une méta analyse publiée dans le Cochrane en 2000 rapportait des résultats disparates entre les études, variant de 4 à 88% de succès au sevrage à 6 mois ⁽¹⁾. Ces écarts s'expliquaient par une importante diversité des méthodes utilisées, du nombre et de la fréquence des séances d'hypnose, rendant les études incomparables.

3.6.1. Dans les pays francophones

La thèse du Dr Aïm suggérait que l'hypnose pourrait agir dans l'aide au sevrage tabagique comme un recours anxiolytique à disposition du patient, évitant les rechutes liées au stress, aidant le patient à se reconnecter à son corps pour ressentir les méfaits qu'il néglige au profit de la dépendance ⁽⁴⁾.

En Suisse, deux essais contrôlés randomisés menés par les mêmes auteurs en 2012 ⁽¹⁷⁾ et 2013 ⁽¹⁶⁾ ont comparé l'efficacité de l'hypnose versus celle de la relaxation pour le sevrage tabagique. Une seule séance de ces deux méthodes était prodiguée dans chacun des groupes. Le premier essai ne conclue pas, du fait de trop nombreux biais d'interprétation (Annexe 4), le second conclue à une absence d'effet supérieur d'une des deux techniques par rapport à l'autre, avec, pour les deux, des taux de sevrage à 6 mois très faibles (Annexe 5).

3.6.2. Dans les pays anglo-saxons

Deux études ont été réalisées par les mêmes auteurs, une en 2004 traitant des résultats de l'efficacité de la pratique de trois séances d'hypnose pour l'arrêt du tabac ⁽¹⁹⁾ et une en 2006 qui traite de celle de la pratique d'une hypno thérapie « intensive » pour l'arrêt du tabac ⁽¹⁸⁾. Elles apportent des résultats encourageants, avec pour la première un taux de 48% de sevrage à un an (Annexe 6) et pour la deuxième, un taux de 40% de sevrage à 6 mois (Annexe 7).

Un essai contrôlé randomisé réalisé en 2008 ⁽⁵⁴⁾ a comparé l'efficacité de l'utilisation de l'hypnose en association aux TNS versus l'efficacité de l'entretien motivationnel en association aux TNS dans le sevrage tabagique. Elle conclue à une comparabilité de l'efficacité des deux techniques (Annexe 8).

Une revue de la littérature publiée au Cochrane en 2010 a passé en revue 11 études récentes traitant de l'hypnose dans l'aide au sevrage tabagique. La conclusion est similaire à celle de 2000, c'est-à-dire une insuffisance de preuves permettant de recommander l'hypnose dans cette indication ⁽⁹⁾. Les auteurs

suggèrent cependant que l'hypnose étant de plus en plus évoquée comme un outil performant dans le sevrage tabagique, la nécessité de mener à bien des études puissantes et comparables pour prouver son efficacité est aujourd'hui nécessaire.

Pour terminer, l'étude la plus récente est un essai contrôlé randomisé mené en 2014 ⁽²⁸⁾, concluant à une supériorité de l'hypnose (en association ou non avec les TNS) versus les TNS seuls dans le sevrage tabagique avec, à 6 mois, 36% de patients sevrés dans le groupe hypnose seule ou hypnose + TNS versus 18% dans le groupe TNS seuls. (Annexe 9)

4. L'intérêt d'une étude sur les représentations de l'hypnose des patients fumeurs ayant eu recours aux techniques hypnotiques

Les représentations de l'hypnose, qu'il s'agisse de celles des patients ou de celles des soignants, conditionnent le recours et la pratique de celle-ci. Le tabagisme, désigné comme problème de santé publique, conserve une forte prévalence en France, stable malgré les solutions « antitabac » proposées par les autorités de santé et les mesures législatives.

Dans les recommandations, le médecin généraliste est désigné pour porter le poids de la prévention chez tout fumeur et l'aide au sevrage chez le fumeur désireux se sevrer, dans un emploi du temps bien chargé et un rapport médecin-malade allant vers l'autonomisation de ce dernier.

Les médecins généralistes se sentent souvent démunis face à cette problématique, ne sachant comment aborder la question, mais aussi dans les moyens d'aide dont ils disposent, et pour lesquels les patients émettent de plus en plus souvent des réticences.

L'hypnose, bien que non recommandée dans l'aide au sevrage tabagique, fait actuellement l'objet de nombreuses études qui semblent prometteuses dans cette indication. Elle est par ailleurs utilisée en pratique courante pour aider les patients fumeurs par des médecins généralistes qui s'y sont formés.

La connaissance des représentations de l'hypnose vue par les patients y ayant déjà eu recours dans cette indication, pourrait permettre de mieux comprendre les raisons les ayant motivés à choisir cette technique, et les mécanismes les ayant aidés dans leur sevrage.

De fait, cela pourrait d'une part encourager les médecins généralistes à orienter leurs patients fumeurs désireux de se sevrer vers cette technique médicale, en association ou non avec les moyens d'aide au sevrage actuellement recommandés et d'autre part, cela pourrait permettre aux médecins généralistes formés à l'hypnose et l'utilisant déjà dans cette indication, d'améliorer leur pratique

Matériel et méthodes

1. Choix de la méthode

La question de recherche principale était : quelles sont les représentations de l'hypnose pour l'aide au sevrage tabagique chez les patients fumeurs y ayant eu recours ?

Pour y répondre, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative phénoménologique, méthode la plus adaptée pour étudier des phénomènes sociaux, explorer leur existence et leur signification, comprendre le contexte, et ainsi créer des hypothèses déductives ⁽⁷⁾.

L'étude reposait sur des entretiens individuels semi-directifs, réalisés au domicile des patients, pour favoriser leur libre expression.

2. Constitution de l'échantillon

Le but était de constituer un échantillon de population varié, pour s'assurer de la diversité des opinions, perceptions et comportements ⁽⁴⁸⁾. Pour s'assurer de l'homogénéité des méthodes d'hypnose utilisées, le recrutement des patients a été fait par diffusion de mail, via la secrétaire de la SFMG, auprès des médecins généralistes en région parisienne ayant été formés à l'hypnose par la SFMG.

Les critères d'inclusion étaient : patient majeur, fumeur, ayant consulté au moins une fois pour hypnose pour aide au sevrage tabagique et indépendamment du résultat.

Les critères d'exclusion étaient : patients ayant une autre addiction associée ou traitement psychiatrique en cours car cela correspondait à un profil psychologique particulier et le but de l'étude concernait la population générale des fumeurs.

Les médecins qui avaient des patients répondant aux critères leur proposaient de participer à une thèse de médecine générale portant sur l'hypnose et le tabac. Si les patients acceptaient, les médecins me contactaient par retour de mail comportant les coordonnées des patients volontaires, afin que je puisse rentrer en contact avec ces derniers.

Les patients ont été recrutés chez 5 médecins généralistes exerçant en région parisienne : 1 dans l'Essonne, 1 en Seine et Marne, 1 dans le Val d'Oise, 1 dans le Val de Marne et 1 dans Paris intramuros. Pour des raisons de praticité, le recrutement des patients n'a pas été étendu à d'autres régions.

3. Recueil des données

Les patients inclus ont été informés de l'enregistrement des entretiens et de leur possibilité de ne pas répondre aux questions ou d'arrêter l'entretien, de l'éventuel caractère intime de certaines questions et de la durée approximative de l'entretien.

Un document reprenant ces informations leur a été remis pour signature pour consentement libre et éclairé (Annexe 10).

Une grille d'entretien avait été réalisée à partir de la littérature (Annexe 11), elle a été évolutive au fur et à mesure des entretiens en fonction des idées abordées et tous les thèmes ont été abordés. Les entretiens ont été enregistrés sur support audio puis retranscrits mot à mot par écrit.

La saturation des données a été atteinte dès le 12^e entretien. L'équipe de recherche a convenu empiriquement d'arrêter l'étude 6 entretiens après la saturation.

4. Méthode d'analyse

Tous les entretiens ont été analysés selon le principe de l'analyse de contenu : les informations ont été repérées, classifiées, analysées et interprétées pour en extraire la ou les significations via des analyses sémantiques, thématiques et contextuelles.

Les informations ont été extraites, pour chaque entretien, sous forme de verbatim, codés en sous catégories regroupées en catégories, via le logiciel Nvivo 11.

Les grilles de lectures ont ensuite été analysées et comparées selon le principe de la triangulation, avec les Dr Raineri et Arnoux, pour en dégager les thèmes principaux.

Suite à la triangulation, une grille d'analyse des résultats a été mise au point. (Annexe 12)

Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

L'échantillon était composé de 18 patients, dont 15 femmes et 3 hommes.

Tableau I. Caractéristiques de la population étudiée

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Mode de vie	Tabac en PA	Entourage fumeur > 50%	Nombre C hypnose
P1	F	65	Employés	Semi rural	Mariée 5 enfants	Plus de 20	Non	Plus de 3
P2	F	53	Employés	Urbain	Célibataire 1 enfant	Plus de 20	Non	2 à 3
P3	M	41	Employés	Rural	Marié 3 enfants	Entre 10 et 20	Oui	1
P4	F	64	Employés	Urbain	Mariée 1 enfant	Plus de 20	Oui	2 à 3
P5	F	43	Employés	Urbain	Mariée 2 enfants	Plus de 20	Non	1
P6	F	33	Employés	Urbain	Célibataire 2 enfants	Entre 10 et 20	Oui	1
P7	F	28	Employés	Urbain	En couple 1 enfant	Entre 10 et 20	Oui	2 à 3
P8	F	49	Employés	Semi rural	Mariée 1 enfant	Plus de 20	Oui	1
P9	M	44	Professions intermédiaires	Semi rural	Marié 3 enfants	Plus de 20	Oui	1
P10	M	48	Employés	Urbain	Marié 2 enfants	Moins de 10	Oui	1
P11	F	69	Employés	Urbain	Mariée 2 enfants	Plus de 20	Oui	1
P12	F	35	Inactifs	Rural	Mariée 3 enfants	Entre 10 et 20	Oui	2 à 3
P13	F	52	Employés	Urbain	Célibataire 1 enfant	Plus de 20	Oui	2 à 3
P14	F	28	Employés	Urbain	En couple	Entre 10 et 20	Non	1
P15	F	30	Professions Intermédiaires	Urbain	Mariée 3 enfants	Moins de 10	Oui	1
P16	F	45	Employés	Urbain	Mariée 2 enfants	Plus de 20	Oui	2 à 3
P17	F	41	Employés	Urbain	Célibataire 2 enfants	Entre 10 et 20	Oui	2 à 3
P18	F	51	Cadres	Urbain	Mariée 2 enfants	Plus de 20	Oui	1

2. L'histoire du tabagisme

2.1. Le début de la consommation de tabac

2.2.1. Un début de consommation précoce avec effet de groupe

Les 18 patients interrogés avaient tous commencé à fumer jeune, entre le collège et les premières années de faculté. Ils rapportaient un début de consommation lié un entourage fumeur, avec pour motivation de se sentir appartenir à un groupe (Occurrence=14)

« J'ai commencé à fumer à l'âge de 15 ans... donc c'était pour faire comme tout le monde... puis je fumais pour faire comme ceux que j'aimais bien, pour leur ressembler. Donc voilà, comme beaucoup je pense. » (P5) ; « J'ai commencé parce que mes amis de l'époque fumaient tous et donc à un moment, je me suis laissé tenter aussi... grosse erreur d'ailleurs ! Disons que ça faisait déjà quelques temps qu'ils, on va pas dire me forçaient, mais qu'ils me disaient « vas-y... » » (P3)

2.2.2. Une image sociétale forte, en mutation

Le regard de la société sur le tabac était un facteur important pour 12 des 18 patients interrogés.

Il existait une image « avant », quand le tabac était une normalité (Occ=6) : *« Bon, c'est vrai que j'ai 52 ans, et à mon époque, enfin, pendant ma jeunesse, on pouvait fumer dans les trains, on pouvait fumer même dans l'avion ! enfin... derrière, c'étaient les fumeurs, et devant c'étaient les non-fumeurs sur les petits courriers, car sur les longs courriers je ne crois pas, enfin, je ne me souviens plus trop... Donc, en fait, c'était une époque où les fumeurs... enfin, on fumait partout ! Et d'ailleurs, on faisait la loi ! c'est-à-dire que ou ça ne dérangeait personne, ou personne ne disait rien. » (P13),*

et une image « après », quand le tabac mettait à l'écart (Occ=6) : *« Je veux dire, on est gêné de fumer maintenant, même dehors je faisais attention pour ne pas gêner les gens, donc il y a eu plein de moment où je me disais « ha... c'est un handicap de fumer... » » (P17)*

2.2.3. L'entourage comme catalyseur de l'addiction tabagique

Les entourages familiaux, amicaux et professionnels étaient composés majoritairement de fumeurs pour 14 des 18 patients interrogés. Ils accordaient à cet entourage une responsabilité importante pour expliquer le début de la consommation, via l'effet de conformisme au groupe (Occ=13) : *« Alors, le moment où j'ai commencé à fumer... j'étais jeune... je devais avoir 16 ans, 16-17 ans. Donc c'était vraiment pour me donner un genre hein, pour paraître cool. » (P16) mais aussi dans la pérennisation de celle-ci (Occ=12), le tabac s'inscrivant dans un habitus partagé : : « Mes parents et mes frères on*

est 5, on a tous été fumeurs. Mes parents fumaient partout ! Sauf à l'étage, mais ils fumaient partout : dans la voiture tout ça... Et puis, de toute façon, j'ai toujours été avec des fumeurs... c'est la vie qui était comme ça ! » (P15) ; « Après y'a aussi l'entourage, le travail. Si je veux éviter les fumeurs, je vais finir toute seule, je vais être isolée ! » (P16)

2.2. Le milieu de la consommation ou phase d'état du tabagisme

2.2.1. L'intégration du tabac à la vie quotidienne

14 des 18 patients interrogés caractérisaient leur dépendance comportementale pendant la phase de dépendance comme une « habitude » s'intégrant dans leur mode de vie quotidien : « *Non mais moi c'est ma vie la cigarette ! Je veux dire, moi, pour moi, la clope c'est dans moi. C'est... je suis née avec et j'espère pas mourir avec mais ça fait partie de moi !* » (P15) ; « *Et j'ai tout de suite été accro, c'était un rituel ; je prenais mon petit déjeuner, je fumais une cigarette. Voilà, après chaque repas, cigarette ; après, j'allais prendre le train ou autre...ça rythmait ma journée !* » (P13). La cigarette était parfois assimilée à une meilleure amie (Occ = 4) : « *Et je lui ai expliqué au téléphone qu'en fait, dans ma tête, enfin... je considérais la clope comme une copine. Et que j'avais pas envie de la lâcher comme ça quoi... j'avais besoin d'y retourner quand même 4-5 fois/j, pour être avec elle... c'est con, enfin... pour moi, c'était imagé comme ça.* » (P5)

2.2.2. La construction d'un profil addictif

Si certaines caractéristiques psycho comportementales du syndrome de dépendance étaient décrites par 17 des 18 patients interrogés (Tableau II), la part physique du syndrome de dépendance n'était évoquée que par quatre patients et minimisée : « *Je pense que le plus compliqué dans la cigarette... alors, c'est vrai que bon là, maintenant ils font... ils remplacent la nicotine et tout ça... mais le plus gros du travail, je pense que c'est au niveau du cerveau.* » (P8) ; « *Je lui ai dit : « J'ai aucune volonté, j'y arriverai pas, ça fait 20 ans que j'essaye » et en effet, c'est 50% la volonté mais c'est 50% l'accoutumance. Enfin, les habitudes. Et c'est excessivement dur.* » (P18)

Tableau II. Construction d'un profil addictif

<p>Constance de l'ambivalence des sentiments envers le tabac (Occurrence=10)</p>	<p>« Au tout début, quand je fumais, c'était parce que je le souhaitais ; maintenant, ce qui me dérange, c'est que j'ai l'impression que c'est la cigarette qui le souhaite quoi ! c'est devenu un mécanisme et... ben je vis avec et ça me POURRIT la vie donc j'ai vraiment envie de m'en sortir, mais en même temps j'y trouve quand même encore du plaisir, donc c'est délicat, je suis entre deux. Je suis vraiment, j'ai envie et j'ai pas très envie. C'est assez compliqué, ouais. » (P16)</p>
<p>La peur du manque (Occurrence=7)</p>	<p>« Si je me couchais le soir et qu'il me restait que, je vais dire 5 cigarettes dans mon paquet, alors que bon, je savais que dans la nuit de toute façon j'allai pas fumer et que j'en avais largement assez pour la matinée... mais c'était pas possible hein ! Fallait systématiquement un paquet d'avance dans mon sac. Et autrement, j'étais invivable.... J'avais, voilà, PEUR d'être en manque, alors que bon 5 cigarettes, je savais que j'avais largement de quoi faire pour la matinée... mais non, il me fallait forcément un paquet plein dans mon sac, au cas où. » (P8)</p>
<p>Impact relationnel négatif avec les enfants et culpabilisation (Occurrence=8)</p>	<p>« Par rapport à mon entourage, j'ai un fils qui est asthmatique à l'effort, donc ce n'est pas forcément bon de fumer...Au départ, on ne fumait pas quand ils étaient petits, on ne fumait pas dans les voitures. Et puis, ils ont grandi et quand faisait de la route on avait pas forcément envie de s'arrêter, pas envie d'avoir froid, donc on fumait dans la voiture avec les fenêtres ouvertes mais quand on y réfléchit ce n'est pas top pour nos enfants quoi ! Et puis c'est des moments qu'on loupe aussi avec eux ! parce que quand on était soit dehors en train de fumer ou dans la cuisine en train de fumer, ils étaient de l'autre côté, ils étaient tous seuls et même si c'est que 5 minutes, c'est 5 minutes toutes les une heure et demi-2 heures... y'a des trucs qu'on loupe forcément quoi ! » (P12)</p>
<p>Désinvestissement des autres activités au profit du tabac (Occurrence=5)</p>	<p>« On se sent toujours obligé d'aller fumer en fait ! En soirée...quand on boit un verre...quand on a fini de manger...donc c'est vrai que ça prend de la place et c'est une perte de temps ! Je me rends compte aussi que c'est vraiment une perte de temps ! Parce que par rapport à l'hypnose où ça a marché... mais pas longtemps... je faisais plein de choses ! (...), dans les moments, où, en temps normal, je fumais. Donc quand je ne fumais pas, je faisais plein de choses. Ben du coup, quand je fume, toutes ces choses-là, je ne les fais pas ! Et j'ai une flemme (...) j'ai une flemme en fait. Et quand je fume, je repousse ce qu'il y a à faire... car non c'est l'heure d'aller fumer ma cigarette.... Mais c'est une perte de temps ! » (P7)</p>

2.2.3. Les motivations à fumer en dépit des circonstances négatives

Cinq motivations à fumer principales étaient individualisées, certains patients en cumulaient plusieurs.

Tableau III. Les différents rapports au tabac

La cigarette plaisir (Occurrence=9)	« <i>Après, j'ai beaucoup eu le sentiment de bien-être avec la cigarette... au début. Et puis... en soirée... enfin, avant, à l'époque on fumait partout, que ce soit en boîte ou au restaurant... là, c'était vachement agréable. Enfin, c'était... oui, je les savourais là, à ce moment-là.</i> » (P5)
La cigarette pour faire face au stress (Occurrence=9)	« <i>Je pense déjà, quand on fume, on peut fumer par habitude mais, souvent, avec une vie active, on a souvent des périodes de stress... et quand on stresse, faut pas se leurrer, on va fumer encore plus.</i> » (P10)
La cigarette pour vaincre l'ennui (Occurrence=5)	« <i>Parce que aussi... je travaillais pas... pendant ma grossesse je ne travaillais pas... et donc j'étais chez moi. J'aurais travaillé, pendant une bonne période de ma grossesse, j'aurais été occupée dans mon travail et je n'en aurais pas éprouvé le besoin...Mais le fait d'être chez moi, de n'avoir, entre guillemets, rien à faire...ben oui, je fumais... » (P7)</i>
La cigarette conviviale (Occurrence=5)	« <i>Ben les sorties entre amis... donc restaurant ... on boit l'apéro, on fume la cigarette... les moments de détente, les moments où ... on fume sans même s'en apercevoir en fait ! » (P8)</i>
La cigarette réconfort (Occurrence=5)	« <i>Et puis personnellement, c'est quelque chose qui me rassure, c'est un geste qui est devenu quotidien, c'est un mécanisme, mais finalement ça me rassure.</i> » (P16)

2.3. La fin de l'addiction, les tentatives de sevrage

2.3.1. Des motivations principalement liées à la santé

Les différentes tentatives de sevrage étaient motivées par des problématiques de santé pour 16 des 18 patients interrogés.

Tableau IV. Les raisons des tentatives de sevrage

La grossesse ou le désir de grossesse (Occurrence=9)	« <i>Et puis, aussi, on a de plus en plus le projet de faire un bébé et je m'étais toujours dit que j'arrêterais de fumer avant. Bien avant, pour être sûre d'arrêter. Parce que, je me suis dit que si le jour où je suis enceinte, j'arrive pas à arrêter de fumer, je m'en voudrai, donc je préfère arrêter longtemps avant.</i> » (P14)
--	---

<p>Diagnostic de maladie en lien ou non avec le tabac, pour le patient ou son entourage (Occurrence=11)</p>	<p>« J'ai une sœur qui faisait de l'emphysème donc... fallait que j'arrête. Je fais de l'emphysème aussi. Le pneumologue m'a dit qu'il était temps que je m'arrête mais que c'était pas catastrophique...donc j'ai décidé de m'arrêter. » (P1) ; « Je viens d'être licenciée pour raisons médicales avec une BPCO aggravée, des nodules au niveau des cordes vocales... et je me suis dit « non, tu peux pas quoi » (P18)</p>
<p>Peur de la maladie ou de la mort secondaire au tabac (Occurrence=6)</p>	<p>« J'ai fait une première tentative de sevrage à 30 ans parce qu'il y avait eu deux décès autour de moi, deux parents assez jeunes. Et du coup, moi, je venais d'avoir ma petite fille qui avait 3 ans et j'ai eu peur, je me suis dit « Bon, je suis toute seule à l'élever, il ne faut pas qu'il m'arrive quelque chose » ... donc c'est ça qui m'a motivé » (P17). « Parce que oui, ça fait quelques temps... oui, je crois que je suis un peu hypochondriaque et en fait j'ai peur ! j'ai peur de tomber malade à cause de la cigarette. » (P7)</p>
<p>Le coût financier (Occurrence=5)</p>	<p>« Et puis après... ben, on a acheté la maison... et on a vu que financièrement ben, ça prenait une place importante quand même... et même sans être un gros fumeur, on s'est dit qu'on ne faisait pas forcément les travaux qu'on voulait parce que le budget partait dans le tabac donc c'était pas terrible quoi ! » (P3)</p>
<p>Le dégoût du tabac (Occurrence=3)</p>	<p>« Et c'est vrai que ces derniers mois, je n'en pouvais plus de la cigarette. Si vous voulez, comme lorsque vous mangez trop de chocolat... vous adorez le chocolat... puis il arrive un moment... ça devient un peu écœurant... Donc je pense que j'avais atteint ce stade. Je suis écœurée, mais je ne suis pas encore au stade 'bon allez, terminé !' » (P11)</p>
<p>Le désir de changer de mode de vie (Occurrence=2)</p>	<p>« Parce qu'en fait je fumais, mais j'étais épuisée... je ne mangeais pas bien... comment dire... je fumais, j'avais des problèmes... enfin, TOUT... enfin, tout était lié. L'arrêt de la cigarette c'est aussi symbolique. C'est stop, j'en peux plus ! je change de mode de vie ! » (P13)</p>

2.3.2. Variabilité et accumulation des méthodes d'aide au sevrage utilisées

Parmi les aides au sevrage retrouvées, les TNS venaient en premier (Occ=15), pour lesquels 4 patients rapportaient une réaction allergique ou mauvaise tolérance aux patches : « Donc là, j'ai arrêté les patches parce que ça me défonce les bras donc je me suis dit « je vais arrêter parce que je vais finir par plus avoir de peau sur les bras » mais j'ai encore quelques gommes nicorette... » (P14).

Venaient ensuite : Les traitements médicamenteux (Occ=5), avec une mauvaise tolérance (Occ=4) : « Il y a une année où j'avais essayé un médicament... Alors, je ne sais plus trop le nom du médicament... le Champix je crois... et ça m'avait rendu malade au bout de deux jours donc pas de bonnes sensations, donc j'avais vite arrêté. Et ben, j'ai repris forcément... le tabac. » (P3) ; l'acupuncture (Occ=5), la

cigarette électronique (Occ=4), la méthode décrite par Allen Carr (Occ=4)⁽¹⁴⁾, les groupes de soutien (Occ=1), l'homéopathie (Occ=1).

Cinq des 18 patients interrogés disaient avoir tout essayé : « *Alors j'ai utilisé la méthode de la ceinture plus bretelles, c'est-à-dire que j'ai tout fait en fait ! (Rit).* » (P14)

Enfin, un seul des 18 patients n'avait jamais utilisé de support d'aide au sevrage : « *Les premières fois où j'ai arrêté, c'était par décision purement personnelle, en disant « je vais craquer un bon coup mais bon tant pis » et j'ai essayé de me sevrer comme ça.* » (P10)

2.3.3. Les difficultés rencontrées pendant les sevrages sont principalement comportementales

Tableau V. Les difficultés décrites pendant les sevrages

<p>La gestion des envies de cigarette (Occurrence=6)</p>	<p>« <i>J'ai toujours envie ! Enfin, pas tout le temps, beaucoup moins qu'avant, mais là, mon fils est malade... ben, de temps en temps, je descendrais bien en fumer une quoi, voyez...</i> » (P1)</p>
<p>Le manque de la gestuelle (Occurrence=5)</p>	<p>« <i>Parce que j'ai essayé aussi la cigarette électronique mais ça c'est... pareil, ça me... parce que j'ai remarqué que la cigarette, en fait, moi c'est surtout le geste qui me manque.</i> » (P5)</p>
<p>La gestion du stress et de l'agressivité (Occurrence=6)</p>	<p>« <i>Alors, juste un truc... j'étais très énervée... Au bureau, même, ça s'est senti, puisque j'ai des collègues avec qui j'échange, c'étaient des échanges pas très... mais qui me ressemblent quand je suis énervée donc elles me connaissent mais bon, bref. Et y'a qu'à un moment donné où je me dis « ouais, là, je peux plus parce que... » et je suis allé en fumer une parce que je me suis dit « faut que je me calme vis à vis de mes collègues aussi quoi ». » (P5)</i></p>
<p>Pensées obsessionnelles pour le tabac (Occurrence=4)</p>	<p>« <i>Quand je fume pas, enfin, quand j'arrête de fumer, c'est obsessionnel. Alors, je ne sais pas à quoi c'est dû... la première semaine est terrible... c'est-à-dire que je ne pense qu'à ça, je fouille partout pour voir s'il me reste pas une cigarette quelque part... c'est OBSESSIONNEL.</i> » (P2)</p>
<p>Besoin de garder des cigarettes à portée de main (Occurrence=4)</p>	<p>« <i>Alors, par contre, un truc qui est paradoxal dans les petites choses, c'est que si j'ai pas de tabac à la maison, ça me stresse. Je sais pas, je sais pas ! la peur de manquer, peut-être ? même si j'ai pas envie de fumer... Mais pendant cette période-là, j'avais toujours besoin d'avoir du tabac à la maison. Ou si je me déplaçais en vacances, fallait qu'il vienne avec moi. Même si j'y touchais pas.</i> » (P10)</p>
<p>Remplacement de la cigarette par la nourriture (Occurrence=4)</p>	<p>« <i>C'est-à-dire que le soir, j'avais envie de mettre quelque chose à ma bouche...Au lieu d'aller fumer à la pub ben... j'avais plus rien ! alors, c'est vrai que j'avais tendance à grignoter...</i> » (P17)</p>

2.3.4. La motivation personnelle décrite comme facteur prédictif de succès ou de rechute, mais aussi l'importance de l'entourage

La question de la motivation investie dans l'arrêt, avec une prise de décision claire parfois formalisée par une date butoir (Occ=5), était fortement évoquée par les patients comme facteur de succès au sevrage (Occ=12) : « *Moi, je me suis dit « j'y vais une fois ! » et, si en sortant de ce rdv, le soir même ou le lendemain, j'ai envie de fumer une clope, c'est que, clairement, ouais, je suis accro à la clope ! Donc je me suis dit « j'y vais... POUR arrêter de fumer ! » Si j'arrête pas de fumer après cette séance d'hypnose, c'est que y'a rien à faire quoi ! ; je vais fumer tout ma vie ! » (P6) ou de rechute (Occ=12) : « *Le problème est que je n'ai pas de volonté. J'ai l'envie, mais j'ai pas la volonté. Moi, je suis quelqu'un de... pas courageuse du tout. Je veux dire, au moins sur la clope. Je veux dire, je pense que demain on m'annonce que j'ai un cancer, je pense que je fumerai trois fois plus quoi ! » (P15).**

Le positionnement de l'entourage apparaissait également comme une déterminante importante de l'issue du sevrage soit un soutien positif renforçant la sevrage (Occ=7) : « *Maintenant, c'est un changement de vie, même pour mes filles ! Des fois, je vous dis, cet été par exemple, on était en vacances avec une amie, on rejoint un autre ami, donc je suis montée à l'arrière de la voiture, ils fumaient, je lui ai dit « jette-moi ta cigarette, je peux pas ! je suis à l'arrière ! » Je me suis dit « mais qu'est-ce que je faisais vivre à mes filles ! ... » parce que je fumais en voiture ! Et même mes filles, elles me disent « ha maman, c'est trop bien depuis que tu ne fumes plus ! » » (P6) soit un effet d'entraînement délétère (Occ=8) : « *Donc je suis rentrée, je me souviens, le premier décembre, et au 15 janvier, je reprenais une cigarette au bout de 3 ans et demi d'arrêt. Parce que tout le monde fumait et la fille de mon patron est passée nous voir et je lui ai dit « tiens, Jenny, passe-moi une cigarette » C'était... je sais pas... c'était un moment CONVIVIAL et je n'ai pas du tout pensé que je pouvais retomber dedans. Mais en fait, je ne me suis pas arrêté à une, parce que moi, c'est tout ou rien donc... et donc, ben c'est reparti. Et puis j'avais un compagnon à l'époque qui fumait. Enfin, je vivais pas avec mais bon, quand je le voyais, il fumait donc, en fait, c'était dans l'ambiance ; j'étais dans une ambiance, que ce soit au travail ou dans ma vie personnelle... voilà. Donc j'étais dans l'ambiance fumeur ». (P13)**

Les autres raisons des rechutes étaient des soucis personnels ou familiaux (Occ=8) : « *Mes tentatives de sevrage ont été... c'est-à-dire que quand je suis sortie de l'hôpital, j'avais ma petite cigarette électronique, j'étais tranquille. Après, j'ai eu des tas de soucis ! je veux dire que ma mère s'est portée très mal, elle était à l'hôpital... on devait partir mais elle s'est retrouvée à l'hôpital... il a fallu faire des*

tas de papiers pour elle... au mois de juillet aussi, on a perdu notre chienne qui était âgée, et j'avais l'habitude d'aller, tous les matins, me promener avec elle. Ça m'a manqué... et puis bon, c'est un animal, on s'y attache tellement ! Surtout quand on le perd, c'est comme si on perdait quelqu'un de la famille hein ! Qu'est-ce que j'ai eu aussi ? j'ai eu, vraiment, plein de soucis ! » (P4) et la réinstallation du syndrome de dépendance suite à une cigarette occasionnelle (Occ=7) : « Ça a duré 6 mois, mais entre deux, j'ai repris une cigarette ou deux et je me suis dit « non, c'est pas bien j'arrête. » Puis après, ben je me suis dit « olala, c'est bon, ça fait 6 mois, je peux prendre une cigarette comme ça, de temps en temps » et la cigarette comme ça, de temps en temps, a fait que ça a repris les bonnes habitudes, et puis j'ai refumé mon paquet. » (P2)

3. Les raisons du choix de l'hypnose

3.1. En défaveur de l'hypnose

Tableau VI. Les arguments en défaveur de l'hypnose

<p>Une image de l'hypnose tirée des médias (Occurrence=18)</p>	<p>« Avant, j'en avais entendu parler, mais, pour moi, l'hypnose, c'était quand je voyais...La plupart des gens ont comme référence Messmer à la télé et quand on voit ce qu'il fait, on se dit « non mais ils sont cinglés, ça va pas ! je ne veux pas me faire endormir, il ne me touche pas machin... ». » (P12)</p>
<p>La peur de la perte de contrôle synonyme d'hypnose (Occurrence=15)</p>	<p>« Je pensais qu'on était hors de contrôle. C'est-à-dire que quelqu'un pouvait faire ce qu'il voulait de nous...donc j'en ai discuté avec mon généraliste et je lui ai dit que bon, je voulais arrêter de fumer mais que j'avais peur qu'on prenne le contrôle de ma tête ...Mais voilà, c'est ce qui m'arrêtait avant... enfin, je ne suis pas allée avant vers l'hypnose, parce que... la peur de perdre le contrôle ! » (P13)</p>
<p>Un scepticisme quant aux résultats attendus (Occurrence=7)</p>	<p>« Hum... j'étais sceptique ! Enfin, ouais, j'étais partagée. Je me suis dit « c'est n'importe quoi l'hypnose ! ». Je me suis dit « c'est pas ça qui va faire que je vais arrêter la clope « ; comme si une séance... donc, on va me dire quelque chose... et donc mon subconscient et mon conscient vont... je me disais « non, mais c'est n'importe quoi ! » » (P6)</p>
<p>Un positionnement négatif de l'entourage (Occurrence=5)</p>	<p>« Alors, mon mari était pas du tout pour, parce que lui, il a peur que ça... que ça agisse un peu sur le cerveau... il me dit « ouais, tu sais pas, si ça se trouve tu vas finir un peu zinzin ». Bon après, je me suis pas trop étalée parce que j'ai une belle-famille très croyante et donc tout ce qui est hors médecine classique générale du médecin qui donne des médicaments, le reste Non, faut pas faire. » (P15)</p>

<p>La croyance dans la notion de (non)réceptivité (Occurrence=6)</p>	<p>« Et moi, je ne savais pas que j'aurais été réceptive comme ça ! Donc c'est étonnant quand même ! J'étais super surprise parce que pour moi, c'était presque pas possible de toute manière d'être heu... comment qu'on appelle ça... réceptive ! Donc j'avais de gros doutes quoi ! » (P12)</p>
<p>L'hypnose non médicale synonyme de charlatanisme (Occurrence=7)</p>	<p>« Après, bon, la dame que j'avais vu il y a deux ans n'était pas MEDECIN. Donc elle était pas médecin, donc je me suis dit « ça a échoué, c'est peut-être parce que c'était un charlatan ou je sais pas... » » (P7)</p>
<p>Le coût de l'hypnose non médicale (Occurrence=4)</p>	<p>« C'est vrai que comme c'était un médecin, ça m'a... en plus, on se dit « c'est pas un charlatan », le tarif est raisonnable, testons quoi. Mais après, enfin, j'avais commencé à regarder, j'ai vu qu'il y avait des hypno je sais pas quoi, enfin des trucs... avec ma copine on s'est dit « ouais, non, c'est un peu chelou, on va pas y aller, c'est 200 balles la séance, ouais non, c'est bon, je mets pas 200 euros là-dedans ! » » (P14)</p>

3.2. En faveur de l'hypnose

Tableau VII. Les arguments en faveur de l'hypnose

<p>Un espoir de thérapie magique permettant Une déconnexion du tabac (Occurrence=11) Et un sevrage sans douleur (Occurrence=7)</p>	<p>« L'espoir c'était que... en fait, ce que je VOULAIS, ce que j'attendais, c'était en fait comme si on allait appuyer sur un petit bouton dans ma tête où ça allait m'arrêter cette ENVIE de cigarette ; d'oublier complètement la cigarette. » (P15)</p> <p>« En fait, aussi, parce que je... comment dire... je pensais que je n'avais pas suffisamment de volonté... enfin, je voulais quelque chose de FACILE...Je n'avais pas envie de faire d'effort en fait ! je n'avais pas envie de souffrir ! » (P13)</p>
<p>Un espoir majoritairement fondé sur un retour d'expérience positive, pour soi ou son entourage (Occurrence=14)</p>	<p>« Et ça me semblait... enfin, ça paraît tellement magique que je me suis dit « je vais essayer ». En fait, tous ceux qui ont arrêté avec l'hypnose, c'était genre le jour et la nuit... ils sont rentrés : ils avaient envie de fumer, ils sont ressortis : ils ont allumé une clope, ça les a dégoûtés et ils y ont plus jamais retouché Donc du coup, c'est ça qui... je me disais « ben, si c'est une façon miracle d'arrêter de fumer sans effort c'est génial ! » (P14)</p>
<p>La curiosité et l'attrance pour une méthode mystérieuse (Occurrence=8)</p>	<p>« Je dirais la curiosité déjà. De voir vraiment ce que c'était, si ça fonctionnait vraiment. Et puis, ça ne coûtait rien d'essayer ! Mais je pense que c'est plus la curiosité qui m'a poussé à accepter. » (P3)</p>
<p>Le désir d'une méthode naturelle (Occurrence=4)</p>	<p>« J'avais envie de tester parce que pour moi, c'est un produit, enfin, un produit, c'est plutôt une méthode naturelle qu'une méthode en se servant en mettant un patch ou en prenant un médicament ou quoi que ce soit ;</p>

	<i>je suis pas très médicament ; donc je préférais avoir une méthode plutôt douce. Enfin douce, ou tout du moins naturelle. » (P10)</i>
Un dernier recours suite à un parcours tabagique compliqué (Occurrence=7)	<i>« Ben c'est suite à toutes les... allez, aux diverses tentatives... avec les différents moyens là, ben à chaque fois je replongeais alors je me suis dit « pourquoi pas l'hypnose quoi ! » » (P9)</i>
L'hypnose médicale comme un gage de confiance (Occurrence=10)	<i>« Et puis l'hypnose, enfin, le fait que ce soit un médecin qui la pratique, c'est quelque chose qui sur le plan du fond me... me RASSURE. Parce que un médecin ne fait pas n'importe quoi. Non, mais le fait d'aller voir un médecin faisait que moi, je ne me posais pas de questions ! Un médecin, pour moi, un médecin ne peut pas vous MANIPULER. » (P11)</i>
Un médecin connu : le médecin traitant (Occ=10) ou conseillé par l'entourage (Occ=8)	<i>« Ben pareil... enfin, des amis, qui y sont allé parce que moi je connaissais absolument pas ce médecin en plus de ça, généraliste, qui fait de l'hypnose, enfin... moi, j'étais plus, voilà, rechercher sur internet... Et de là, j'ai dit « mais, c'est génial quoi ! ». » (P8)</i>
Un positionnement positif de l'entourage (Occurrence=11)	<i>« Oh ben ils m'ont tous dit : « pourquoi pas ! ». Moi, je connais aussi des gens qui ont arrêté comme ça... « c'est quand même vraiment très bien que tu t'arrêtes » » (P11)</i>

4. La confrontation à l'hypnose

4.1. L'introduction à l'hypnose

4.1.1. L'importance de la réassurance et de la démystification de l'hypnose par le médecin

Concernant l'entretien avec le médecin préalable à la séance d'hypnose, les patients avaient essentiellement retenu le sentiment de réassurance que cela leur avait apporté (Occ=6) : *« Je lui ai dit que j'avais peur hein, donc il m'a rassurée... que je ne perdrai pas le contrôle, que je pouvais revenir à moi, enfin, que de toute façon j'étais LA, j'étais maître de moi, je pouvais prendre possession de moi... C'est peut-être pas ses mots hein mais...quand je voulais ! Voilà. Donc il m'a rassurée. » (P13)*, avec une démystification de l'hypnose (Occ=16) : (P6) ; *« Puis moi, je pensais, quand on parle d'hypnose, on voit tout de suite ce qu'on voit à la télé là... on nous endort et puis après on oublie puis ça part comme ça. Mais, non, je sais bien que c'était pas comme ça ; puis elle me l'a expliqué, elle m'a dit « vous savez, c'est pas je vous endors et vous vous réveillez, vous avez plus envie de fumer » ; elle a dit « faut aussi que vous fassiez un travail sur vous et tout ça » » (P1) ; « Et la phrase que le Dr m'a dit et ça j'ai adoré, il m'a dit : « je suis hypnotiseur, enfin je suis médecin, je suis pas magicien » » (P18)*

4.1.2. Le questionnement préalable sur les diverses composantes de son rapport au tabac

Tableau VIII. Ce que les patients ont retenu du questionnement préalable à la séance

<p>Questionnement sur le parcours tabagique (Occurrence=11)</p>	<p>« Mais j'ai été très très sensible à ces trucs. Aux questions : pourquoi vous fumez ? c'est quoi ? c'est de l'habitude ? je veux dire, cette partie d'interrogations et de réflexion... d'essayer de comprendre les mécanismes qui font qu'on a beaucoup discuté des raisons de fumer : pourquoi, comment... puis, je l'ai revu avec son petit tableau : plaisir, contrainte... enfin bon, tout ce qui est motif et à la fois le pourquoi et le comment » (P11)</p>
<p>Questionnement sur le parcours de vie en général (Occurrence=5)</p>	<p>« La première fois, voilà, il m'a posé des questions : à savoir un petit peu mon parcours, mon chemin de vie jusque-là, et beaucoup de questions personnelles aussi, sur mon enfance, sur mes parents, sur ma vie actuelle...Ça d'ailleurs, oui, je ne pensais pas ! Je ne pensais pas qu'il allait me poser des questions vraiment PRIVEES. » (P7)</p>

4.2. L'induction d'un mode de fonctionnement hypnotique « durable »

Tableau IX. Ce que les patients ont retenu de la phase d'induction à l'hypnose

<p>Fixation de l'attention sur le positionnement corporel (Occurrence=13)</p>	<p>« On était assis face à face, j'avais les yeux fermés, les mains sur les jambes... » (P14) ; « J'étais assis voilà, comme je suis assis là, sur une chaise, j'ai eu à fermer les yeux... »(P9)</p>
<p>Recherche d'une situation de détente (Occurrence=5)</p>	<p>« On s'est installé tous les deux, là, l'un à côté de l'autre, je me suis mis dans un fauteuil à côté de lui, il m'a dit « mettez-vous plutôt dans une situation de détente » donc je me suis mis dans une situation de détente... » (P10)</p>
<p>Modification du rythme et du timbre de voix du médecin (Occurrence=4)</p>	<p>« En fait, pendant qu'il nous parlait heu...ouais, c'est marrant, moi après, c'est ce que je disais à ma collègue, moi c'est mon médecin depuis que je suis tout petite donc je n'ai pas l'habitude de l'entendre parler comme ça, enfin ça m'a fait drôle » (P6)</p>
<p>Prédominance d'une sensation de bien-être (Occurrence=7)</p>	<p>« Après, voilà, je me souviens d'être super bien installée, la première séance, bien détendue, mais presque je me serais endormie après, tellement j'étais détendue. » (P2) ; « Et j'ai trouvé ça SUPER agréable d'entendre « vous imaginez etc » ça vous fait pendant 15 min... vous pensez à rien d'autre que ce qu'ELLE vous dit, en fait. Et ça, j'ai trouvé ça super agréable. » (P15)</p>

<p>Perception des indices minimaux de transe (Occurrence=16)</p>	<p><u>Fluctuation de l'attention portée aux paroles du médecin</u> (Occ=7) « Après, par contre, ce qu'elle me disait, y'a un moment donné, je captais sans capter en fait ! Vous pourriez me demander juste après la séance ce qu'elle m'a dit, au départ je pourrais vous le dire, mais après... non ! j'en sais rien du tout. » (P12)</p> <p><u>Distorsion temporelle</u> (Occ=9) « Après, voilà, on perd la notion du temps ; parce qu'il a demandé si on avait une notion de combien de temps avait duré la séance... aucune idée ! je crois que moi j'ai dû dire 20 minutes, ma collègue elle a dit une heure » (P6)</p> <p><u>Difficultés à se concentrer</u> (Occ=7) « Mais en même temps, pendant cette hypnose, c'était le matin, avant d'aller travailler, j'étais en stress de me dire... j'ai pas réussi à me concentrer comme j'aurais aimé ; et la prochaine fois je poserai ma journée carrément parce que je me disais « est-ce que tu vas être à l'heure à ton travail ? » ; en fait, j'étais là mais en même temps, j'étais pas là... j'avais envie d'arrêter puis en même temps... enfin, c'était assez bizarre quoi, j'étais pas concentrée. » (P16)</p> <p><u>Mouvements involontaires</u> (Occ=5) « J'ai été surpris par la manière dont ça s'est déroulé. C'est-à-dire, bon, on a commencé la séance... ben, pour moi, c'était vraiment partir dans un état de relaxation très intense... au point que le corps faisait un petit peu des mouvements que je ne lui avais pas demandé de faire quoi... » (P3)</p> <p><u>Réactions émotionnelles</u> (Occ=4) « J'ai réussi à pleurer pendant une séance d'hypnose !... D'ailleurs, une fois, il m'a dit « c'est possible que vous rigoliez, que vous ayez un fou rire, que vous vous mettiez à pleurer. » La première séance, ça ne s'est pas passé, mais durant la seconde, oui, j'ai pleuré. Ça m'a marqué ça. » (P7)</p>
---	---

4.3. La mobilisation des ressources pendant la phase de transe hypnotique

Tableau X. Ce que les patients ont retenu de la phase de transe hypnotique

<p>Suggestions reprenant les effets négatifs du tabac tels qu'exprimés par le patient au cours de la phase d'introduction (Occurrence=10)</p>	<p>« Et SURTOUT, de me souvenir d'une odeur que j'aime énormément, parce que, justement, je lui ai dit que je me plaignais de cette odeur de cette cigarette et qu'en même temps, j'en avais besoin. Et, c'est vrai que, par contre, quand elle m'a parlé de cette odeur pendant l'hypnose... Bon, pour moi, c'était mon parfum, et y'a encore des moments où je recherche cette odeur. Je vais la rechercher dans mes vêtements, je vais la rechercher dans la salle de bain, je vais heu... je sais pas pourquoi. Ça, par contre, c'est resté. C'est la seule chose qui est restée. » (P8)</p>
--	--

	<p>« Et il m'a demandé d'imaginer un endroit où je me sens bien et en fait, donc il me décryptait un peu, enfin, il me faisait la description d'où j'étais, alors moi c'était une plage machin, et puis en fait, au fur et à mesure, il me disait « voilà, la cigarette c'est inutile, c'est un cercle vicieux, vous n'avez pas à avoir peur d'être en insécurité... » parce que c'est un peu... enfin, je me suis rendu compte en arrêtant de fumer, que, en gros, j'étais tétanisée d'être en manque et heu, peur d'être en insécurité. Donc en fait, il m'a... dans sa petite histoire, il me glissait les mots que je lui avais dit » (P14)</p>
<p>Suggestions de lieux agréables excluant le tabac (Occurrence=9)</p>	<p>« En gros, c'était de trouver heu... un endroit un petit peu à soit où... enfin, dans son imaginaire quoi... où on peut y revenir rapidement, où vraiment on sait que c'est un endroit tranquille où personne ne peut venir nous embêter et tout quoi... Mais on n'a pas forcément parlé de tabac...pendant la séance.... C'était vraiment trouver un endroit où un petit peu se réfugier aux moments où il y aurait des envies... des envies de fumer ou... même si on veut être au calme d'ailleurs. » (P3)</p> <p>« Alors, la première séance... la première séance... je me souviens ce qu'il m'a dit, ben il me demandait de m'imaginer dans un endroit ... serein, calme, et il m'a... enfin, voilà, dans un endroit où je me sentais super bien et où j'aurais, à ce moment-là, pas eu besoin de cigarettes quoi. » (P5)</p>
<p>Réminiscence de souvenirs en lien avec le tabac (Occ=3)</p>	<p>« Donc j'ai revécu la scène, avec mes copines de l'époque au pensionnat, voilà, c'était drôle parce qu'on fumait dans les toilettes, y'avait cette odeur, y'avait de la fumée partout, y'avait l'éducatrice qui frappait à la porte et qui s'énervait et nous, ça nous faisait rire... voyez, y'a un souvenir aussi, de joie. Un souvenir drôle, quoi. Et franchement, je sentais l'odeur et je sentais que ça me gênait là (désigne sa gorge) et je sentais que j'avais envie de tousser mais j'osais pas trop, voyez, tousser. Voilà, on revit ça... Moi, je sais que mes premières cigarettes c'était là-bas... mais voyez, cette scène-là, bon, pourquoi cette scène-là ? j'avais d'autres scènes... et j'ai revécu, vraiment, cette scène-là. Et, mais vraiment, je voyais l'endroit, nos têtes de l'époque, vraiment. » (P2)</p>

4.4. La phase post hypnotique

4.4.1. Le ressenti général

Pour tous les patients interrogés, le ressenti global était positif, majoritairement à type de bien-être (Occ=14) : « La première séance, je m'en souviens parfaitement, j'étais dans un moment de ma vie où

ça n'allait pas du tout en fait, j'étais en train de lâcher, mon corps était en train de lâcher. J'étais fatiguée, j'allais prendre mon train, je tombais, voilà, je n'étais vraiment pas bien ! et j'avais la tête PLEINE, toujours lourde, etc. Et donc, quand j'ai fait ma première séance, ce que je me souviens en fait, parfaitement, c'est que je suis ressortie avec la tête légère. Voilà. Je n'ai pas arrêté tout de suite, j'ai eu une deuxième séance, pareil, ça m'a fait du bien, ça m'a détendue. Voilà, donc oui, vraiment, la première fois, ma tête, enfin, c'était extraordinaire ! » (P13)

Il y avait parfois même un empressement à se rendre aux séances (Occ=4) : *« Si je pouvais aller en faire une séance toutes les semaines, j'irai ! Ça m'a...vous voyez, même quand j'en parle... (émue), ça m'a fait du bien quoi ! Là, je n'ai plus qu'une séance mais je suis déçue ! » (P17)*

Pour deux patients, l'hypnose leur avait apporté un sentiment de clairvoyance : *« Et puis je vous dis, sincèrement hein, je ne sais pas si ça fait à tout le monde mais moi, je suis arrivée, mais j'avais la tête pleine ! c'était... j'arrivais même plus à voir vraiment les choses quoi en fait... j'étais dans une mauvaise bulle et quand je suis ressortie, comment dire, je voyais les choses comme elles sont ! Enfin, j'avais une ouverture d'esprit que... donc voilà. » (P13)*

Il y avait également un étonnement (Occ=11), voire une stupéfaction (Occ=4) quant au déroulement des séances d'hypnose : *« C'était assez surprenant, parce que, en fait, je pensais que j'allai être dans un état second, alors j'étais un peu dans un état second, mais je me rappelle exactement tout ce que m'a dit le Dr. D'autant, qu'en plus, comme c'était dans le cabinet, y'avait des gens dans le couloir, y'avait du bruit autour quoi. Et du coup, je pensais... pas que ça allait être un moment où je me rappelais plus de rien, mais où ça allait être un peu comme un rêve éveillé, entre deux eaux, un truc dans le genre, mais en fait, non ! Donc ça a marché mais je sais enfin, les gens c'était un peu « ouais alors c'est comment ? » ; « ben en fait, y'a rien d'extraordinaire quoi, c'est pas... » Et surtout je pensais pas... ce qui m'a étonnée, c'est d'être assise. En face à face. Enfin, moi, je pensais être allongée, parce que je me suis dit « ben je vais m'effondrer quoi », comme tous ceux qui sont hypnotisés ! et en fait, du coup, ça, ça m'a étonnée. Et, ouais, le fait qu'en fait, ce soit assez banal en fait ! » (P14) ;*

« Ouais, ben, c'est très... enfin, moi, ça m'a impressionnée, parce qu'en fait, j'ai revécu mes premières cigarettes. Et j'ai revécu, donc, les scènes... et c'est quand même assez incroyable ! Les scènes, l'odeur, le fait d'avoir envie de tousser parce que c'était les premières cigarettes qui sont déplaisantes, le contexte... c'est... voilà. Donc c'est... oui, c'est quand même impressionnant ! Après, je sais pas quel effet ça fait encore, sur soi... mais c'est impressionnant. » (P2)

4.2.2. La modification des représentations de l'hypnose

La confrontation aux techniques hypnotiques modifiait les représentations de tous les patients interrogés (Occ=18) et en créait de nouvelles pour 16 d'entre eux.

Tableau XI. Les représentations de l'hypnose après confrontation aux techniques hypnotiques

Une technique de relaxation (Occurrence=7)	<i>« Moi, je l'ai senti vraiment comme une méthode de relaxation qui pouvait ouvrir à l'arrêt du tabac. Au départ, c'était un peu ça quand même, parce que je vous ai dit je me suis senti tout de suite bien mais il a réussi à me mettre à l'aise quoi, enfin... me détendre. Alors que... ben je pense que la cigarette est quand même une excitant, au même titre que le café, le thé ou l'alcool... et souvent, on allie les 4 ensemble hein ! » (P10)</i>
Un cheminement mental (Occ=5)	<i>« J'ai l'impression qu'aujourd'hui, je vois l'hypnose non pas comme 'abracadabra pouf je t'envoie des ondes ' mais comme une méthode de réflexion et d'action sur soi. Et ça, je n'en avais pas conscience. » (P11)</i>
Un soutien psychologique (Occ=3)	<i>« Je suis sûre que... en fait, ce que je disais à ma mère en sortant, je lui dis « pour des gens qui ont des problèmes hum... » je vois ça un peu comme un psy en fait ! Mais qui vous parle. Pas VOUS... c'est pas vous qui parlez... c'est lui qui vous parle. » (P15)</i>
Un moyen d'action sur le fonctionnement cérébral (Occurrence=3)	<i>« C'est une intervention pas sur la volonté, parce que la volonté enfin, si, un petit peu, mais sur des parties du cerveau qui, comment dire, qui font que voilà... on va fumer et puis finalement, on va se dire « ben non, on fume pas quoi » vous voyez ? En fait, c'est intervenir, parler... ouais, parler au cerveau quoi, entre guillemets ! Je veux dire : là, attention, là c'est pas bien, là c'est bien, là c'est... voilà. Des choses qu'on fait naturellement, et qu'on sait déjà ! mais là, on intervient plus sur la ZONE qui permet d'éviter ça quoi ! » (P9)</i>

Deux patients ne savaient pas définir l'hypnose après y avoir eu recours : *« C'est pas facile ça ! Comment définir l'hypnose (réfléchit) un état second ? Je sais pas. Ouais c'est compliqué » (P8)*

4.5. L'appropriation par le patient

4.5.1. L'auto hypnose comme outil de soutien efficace mais difficile à mettre en place

L'auto hypnose a été utilisée par 5 des 18 patients, pour la gestion des envies de cigarettes (Occ=4) : *« C'est là où justement l'hypnose a bien aidé parce que c'était se mettre dans sa bulle pendant un moment. Ou dès que j'avais une envie, ben, je retournais dans ma petite bulle là ! » (P3)* ou la gestion du stress (Occ=3) : *« Dès que je voyais que j'avais une petite demie heure devant moi, je me disais « tiens ! » Donc les demies heures sont tellement rares que ouais, je me disais qu'à ce moment-là, là,*

il fallait aller les faire. Mais, non, c'était pas par envie, c'était parce que j'avais envie d'être détendue surtout ! Parce que bon, je me disais moi, sans tabac, je vais être stressée ! » (P12)

Les patients qui n'avaient pas utilisé l'auto hypnose avançaient un besoin d'être guidé (Occ=8) : « *Des fois, j'essaye de me replonger un peu mais c'est pas facile. Pour essayer de me détendre un peu... mais c'est pas facile quand y'a pas quelqu'un qui nous dirige quoi* » (P1), un manque d'information de la part du médecin (Occ=4) : « *La première séance, je crois oui, mais après, il ne m'en a pas reparlé Et puis, il n'a pas développé. Donc je ne m'en suis pas servi* » (P17), ou un manque de temps (Occ=3) : « *Oui, il m'a conseillé de le faire. Alors, je ne l'ai pas fait, je compte le faire mais heu... j'ai pas pris le temps* » (P5).

4.5.2. La perception de l'importance préalable du questionnement sur le rapport au tabac, avec déconstruction de la part psycho comportementale de l'addiction, changement de rapport au tabac et autoanalyse de consommation

Le travail préalable aux séances d'hypnose avait permis à 7 des 18 patients de se poser des questions sur leur consommation et de l'analyser : « *C'est vrai que là, ben, j'essaye de, ben de faire ce qu'il m'a dit après hein, puisque hier, voyez, j'ai fumé mes cigarettes et donc on avait travaillé sur ce que ça pouvait me faire au niveau de mon corps, au niveau de... et moi, j'ai ressenti du goudron. Je sais pas pourquoi, du goudron de la route.* » (P2).

Tous les patients avaient noté un changement dans leur rapport au tabac suite à l'hypnose (Occ=18).

Tableau XII. Les changements du rapport au tabac suite à l'hypnose

<p>Disparition de l'envie de fumer (Occurrence=12)</p>	<p><i>« Mais j'étais étonnée quand même...je lui ai dit « j'y pense, enfin, je vais me dire à certains moments – tiens, là, avant, tu aurais fumé une cigarette – mais je ne me dis pas – oulala, t'as envie et il ne faut pas » NON, ça ne me l'a jamais fait ça ! Jamais, jamais ! » (P17)</i></p>
<p>Détachement de la cigarette (Occurrence=10)</p>	<p><i>« Ben, en fait, alors je suis encore stupéfaite, ouais, je vais dire stupéfaite complètement, c'est plus qu'étonnée quoi... de la façon dont je peux m'en détacher, enfin, de la façon dont il m'a aidée lui à m'en détacher...parce que, toute seule, j'y arrive pas, et voilà, je me... quand je bosse, quand je machine tout, je regarde l'heure et je me dis : "putain, j'ai pas fumé depuis tout ce temps-là quoi !" » (P5)</i></p>

<p>Dégoût pour le tabac (Occurrence=8)</p>	<p>« Ben en fait, c'était... alors, quand je pensais à la cigarette, j'avais envie de vomir ! J'avais comme une boule dans la gorge, mais une envie de vomir atroce ! Après... je me disais « est-ce que c'est psychologique ? est-ce que c'est l'effet de l'hypnose ? » Je ne sais pas toujours ! mais voilà... ATROCE » (P6)</p>
<p>La cigarette vue comme une ennemie (Occurrence=2)</p>	<p>« En fait, avant, je ne voyais pas la cigarette comme mon ennemie. Depuis que j'ai fait ces séances d'hypnose avec le Dr, même si là, je me remise à fumer, c'est devenu mon ennemie. Je la vois vraiment comme mon ennemie. » (P7)</p>

4.5.3. La relation de confiance et la réceptivité comme pré requis à l'efficacité de l'hypnose, mais aussi la volonté investie dans le changement

La relation de confiance avec le praticien était primordiale à la réussite de l'hypnose (Occ=9) : « Je pense juste que ouais, il faut se sentir en confiance avec la personne qui pratique l'hypnose. Moi, je ne l'aurais pas fait avec quelqu'un d'autre. Je n'aurais pas été voir quelqu'un qui se dit hypnotiseur pour arrêter de fumer, Non. » **(P3)**, ainsi que la notion de réceptivité (Occ=5) : « Ben je pense que déjà, il faut vraiment être réceptif. Je pense qu'il faut vraiment le vouloir, en avoir réellement besoin, être très réceptif... et autrement, je pense que ça peut pas fonctionner. C'est pas possible. Faut vraiment s'ouvrir à la personne. Et autrement, non, c'est pas possible. » **(P8)**

L'hypnose n'était plus considérée comme une solution miracle et les patients semblaient mesurer l'importance de leur volonté investie dans le changement pour la réussite du sevrage (Occ=10) : « Alors après, faut pas que je m'arrête à ça, faut aussi que je vois des résultats, mais je pense que le travail se fait pas que...enfin, se fait aussi avec soi-même hein ! Y'a pas que... on va pas se méprendre, c'est pas parce qu'on va vous hypnotiser que ça va marcher tout de suite, je pense que c'est aussi un travail qui se fait heu... c'est pas que le thérapeute qui, comment dire, c'est pas parce que vous y allez que ça y est, vous allez arrêter du fumer. Je pense pas que ce soit ça, je pense que c'est un travail à deux et qu'après, faut aussi soi-même travailler quoi » **(P2)**

4.5.4. Généralisation de l'hypnose à d'autres indications

Suite à leur expérience, 8 des 18 patients interrogés recommandaient ou envisageaient d'utiliser l'hypnose pour d'autres indications que l'aide au sevrage tabagique :

Pour la gestion du stress (Occ=6) : « Mes enfants, ils ont des âges différents, et quand je vois ce

qu'on leur demande à l'école, à mon avis, soit ils ont une grande force intérieure et ils vont pouvoir prendre du recul... mais si à un moment ils peuvent pas prendre de recul, ils vont vraiment être vite stressés. Et je pense que l'hypnose, ça peut les aider à retrouver un peu de zen. Dans les moments super forts. Enfin, je parle de mes enfants, mais c'est pour la majorité des personnes hein. » (P10).

Pour la perte de poids (Occ=2) : *« C'est tellement une bonne chose que j'ai rendez-vous cette semaine avec le Dr, parce que je voudrais que... je n'arrête pas de manger ! donc j'ai quand même remplacé la cigarette par la nourriture et je veux sortir de ça. Donc j'ai rdv avec lui le 15 décembre là, pour qu'il m'aide à maigrir. Donc j'y crois quoi ! » (P13)*

Comme alternative thérapeutique (Occ=2) : *« Je suis sûre qu'il y a beaucoup de choses avec l'hypnose qu'on peut soigner... et si d'autres médecins l'utilisaient, je pense qu'on soignerait peut-être un peu plus de maux avec l'hypnose et beaucoup moins de médicaments au jour d'aujourd'hui et ce serait peut-être positif..., voilà, par rapport à toutes les cochonneries qu'il y a dans les médicaments, quoi. » (P12)*

5. Efficacité à court terme des techniques hypnotiques comme outil de sevrage tabagique

Le recours à l'hypnose avait une incidence sur la consommation des 18 patients interrogés, avec pour conséquence un sevrage (Occ=9) ou une diminution de la consommation (Occ=9)

Cinq des huit patients qui avaient diminué leur consommation envisageaient de poursuivre l'hypnose : *« Ben là, je pense que je vais y retourner. C'est ce que je lui ai dit la dernière fois que je l'ai vu en visite médicale là, pour mon certificat médical de sport, je lui ai dit « ben faut que je reprenne RDV et contact » et faut que je me remette dedans quoi, que je re essaye » (P9)*

Une seule patiente ne souhaitait plus avoir recours à l'hypnose (une seule séance) dans cette indication : *« Mais je le referai pas ! Franchement, je le referai pas. C'est pas que j'y crois pas parce que je me doute que ça marche mais je le referai pas parce que je trouve que j'ai perdu du temps et de l'argent. » (P15)* Six des 18 patients interrogés recommandaient l'hypnose comme technique d'aide au sevrage tabagique : *« Je l'ai conseillé à plusieurs amis. Et j'ai une amie qui est allée, elle, par contre, du côté où elle habite, pour faire des séances d'hypnose, et apparemment, elle est en passe d'arrêter de fumer ! elle en est à la deuxième séance et elle m'a dit « oui, c'est vrai que j'ai ENORMEMENT ralenti » et elle m'a dit « ça aide beaucoup ». (P12)*

Discussion

1. Matériel et méthodes

1.1. Validité interne

1.1.1. Le recueil des données

La réalisation d'entretiens semi-directifs peut induire certains biais, non vérifiables, attribuables à l'interviewer (influence due à son apparence, son ton de voix, son attitude, ses réactions aux réponses...) et à l'interviewé (oublis, mensonges liés à la présence d'autrui dits « biais de prévarication », gêne à s'exprimer librement, peur du jugement...). Pour les minimiser, j'ai adopté autant que possible une attitude neutre et empathique pendant les entretiens et reformulé les questions mal comprises par le patient en les adaptant à ses caractéristiques. Dans ce même but, les entretiens ont été réalisés en tête-à-tête, au domicile des patients, pour favoriser leur libre expression.

1.1.2. L'analyse des données

La transcription des données a été effectuée mot à mot, en tenant compte du para verbal et du non verbal, pour permettre une analyse des données sémantique et contextuelle.

Les données ont été analysées selon le principe de l'analyse de contenu, en s'aidant du logiciel Nvivo 11, permettant un codage plus fin qu'un traitement manuel.

Les grilles de lecture ont été analysées et comparées entre elles selon le principe de la triangulation, pour diminuer les biais d'interprétation et dégager une grille d'analyse des résultats objective.

1.2. Validité externe

1.2.1. Caractéristiques de la population étudiée

L'échantillon était composé de 15 de femmes et 3 hommes, pouvant créer un biais de représentativité des genres. Cependant, d'après l'enquête handicap-santé de L'INSEE en 2008, les femmes consultent plus souvent leur médecin généraliste que les hommes⁽¹³⁾. Les médecins ayant participé au recrutement des patients déclaraient également recevoir plus de femmes que d'hommes dans leurs consultations dédiées à l'hypnose. Les employés, ayant un niveau d'études bac+2, représentaient la majorité de l'échantillon, cela rejoignant les données de L'Inpes de 2014 sur les profils des fumeurs en France : la prévalence du tabagisme est inversement proportionnelle au niveau d'étude⁽³³⁾.

Les classes d'âge des femmes en demande d'arrêt étaient superposables à celles des fumeuses.⁽³³⁾

1.2.2. La saturation

La saturation des données a été atteinte au bout du 12^e entretien, et vérifiée par la réalisation de 6 entretiens supplémentaires n'ayant pas fourni d'élément nouveau à notre recherche. Ceci vient renforcer l'idée que les représentations de l'hypnose comme celle du tabagisme sont à la fois en nombre restreint et fortement ancrées dans les mentalités.

2. Les principaux résultats

2.1. La force de l'intégration sociale du tabac

Qu'il s'agisse de la phase initiatique, de la phase d'état ou de la phase de fin du syndrome de dépendance tabagique, le rapport au tabac s'intégrait dans des processus sociaux en lien avec l'entourage (familial, amical et professionnel) et la société.

La majorité des patients interrogés avaient commencé à fumer à l'adolescence. Ce constat est celui des données du baromètre santé de L'INPES, qui établit qu'en moyenne les jeunes fument leur première cigarette vers 14 ans et demi et deviennent des fumeurs réguliers vers 16 ans. ⁽³⁰⁾

La phase initiatique était décrite comme un moyen de se sentir appartenir à un groupe. Ce phénomène social lié au tabagisme juvénile a été exploré par de nombreuses études qualitatives et qualifié de « signe intégrateur ». Cette fonction intégratrice correspond à l'imitation des personnes faisant partie du groupe auquel la personne appartient (la famille) ou souhaite s'identifier et appartenir (la bande). ⁽³⁵⁾ Dans ce dernier cas le tabac pourrait correspondre à un concept de transgression chez l'adolescent en crise.

A la phase d'état du tabagisme, le rôle de l'entourage comme catalyseur de l'addiction était primordial, avec les mêmes mécanismes d'appartenance et d'identification à un groupe que ceux de la phase initiatique. Cela pourrait par exemple s'illustrer, dans la sphère professionnelle, par la « pause clope », souvent vécue comme un moment privilégié entre fumeurs.

A la phase de fin du tabagisme, le positionnement de l'entourage par rapport au sevrage était un facteur primordial de succès ou de rechute. La décision du sevrage pourrait être vécue comme une rupture avec le groupe auquel le fumeur s'identifiait jusqu'alors et dans lequel il se sentait accepté.

Concernant l'image véhiculée par le tabac et par les fumeurs, les patients interrogés exprimaient un clivage entre les représentations avant et après le cadre législatif récent, allant vers une « dénormalisation » de la place du tabac dans la société. ⁽³⁹⁾

Cet état de fait a été exploré par divers sondages d'opinions qui montrent que les fumeurs se sentent moins bien acceptés dans la société tandis que les non-fumeurs considèrent que « les fumeurs ne se soucient pas assez de la santé des personnes qui respirent leur fumée » ou encore que « fumer est un échec personnel ». ⁽⁴⁰⁾ Malgré ce changement des représentations sociétales, objectivé ou induit par le cadre législatif, celui-ci semble cependant insuffisamment efficace dans la réduction de la prévalence du tabagisme, qui reste à ce jour stable en France. ⁽³²⁾

Cela pourrait s'expliquer par l'importance de la dépendance psycho-comportementale au tabac, le cadre législatif n'intervenant que comme un facteur de limitation du recours au tabac circonstancié et temporaire, que le fumeur intègre et compense dans son quotidien. ⁽³⁵⁾

2.2. La mise en avant de la dépendance psycho-comportementale

La majorité des patients interrogés accordaient la responsabilité principale de leur syndrome de dépendance tabagique à leur rapport psycho-comportemental au tabac. Il est possible que le recours à l'hypnose comme moyen de mise à distance du tabac ait un effet de "sélection de profil".

Cependant, cette notion a été explorée par un rapport de l'INSERM en 2004 et caractérisée par le terme de « fumeurs sociaux ». Il existerait une part non négligeable de fumeurs peu ou pas dépendants à la nicotine, et celle-ci serait plus élevée parmi les femmes. Ceci s'expliquerait par une fonction distinctive sociétale plus forte du tabac pour les femmes que pour les hommes. Initialement marginalisées, puis affublées d'une image de « femmes modernes », le tabagisme féminin n'est devenu banal que très récemment (depuis les années 70). ⁽³⁵⁾

Par ailleurs, pour certains, le recours au tabac serait plus fréquent chez les personnes ayant une mésestime d'elles-mêmes, s'intégrant dans une « image de soi » à montrer au monde extérieur, leur permettant de « faire face » aux problèmes émotionnels nés de la relation à autrui. ⁽³⁵⁾

Si cette notion de « tabac-béquille » ou de « tabac d'apparence » était bien présente dans les différents rapports au tabac décrits par les patients interrogés, elle est par ailleurs ambiguë ; en effet, les difficultés rencontrées pendant les tentatives de sevrage peuvent avoir tendance à augmenter la mésestime des fumeurs envers eux-mêmes.

Dans l'échantillon de patients recrutés, le principal argument suffisamment puissant pour initier à lui seul une démarche de sevrage et une rupture avec l'environnement habituel concernait les problématiques de santé. Il est d'ailleurs intéressant de noter que les récentes campagnes de santé

publique « anti-tabac » s'appuient également sur cet argument, notamment via l'apposition obligatoire de « photos choc » en couleur sur les paquets de cigarettes depuis 2011, en association aux mises en garde sanitaires. ⁽³¹⁾

Les 14 clichés choisis, via une liste proposée par l'union européenne, ont été retenus pour que le plus grand nombre de fumeurs puissent s'identifier aux suggestions proposées. L'efficacité de cette mesure résiderait dans un pouvoir dissuasif des images supérieur à celui des mots et dans une répétition du message au fumeur, qui s'y trouve confronté quotidiennement. ⁽³¹⁾

La prise en charge de la part psycho-comportementale du syndrome de dépendance tabagique apparaît donc primordiale pour aider avec succès le fumeur entreprenant un sevrage.

Actuellement, le seul moyen recommandé dans ce sens par la HAS, accessible aux généralistes, est l'entretien motivationnel ⁽⁴²⁾, dont les principes de bases sont très proches de la posture hypnotique : relation collaborative, reconnaissance inconditionnelle de l'autre, intérêt du patient en premier, ressources du patient comme moteur du changement.

Cet entretien motivationnel n'a pas été cité en tant que tel par les patients dans l'étude. Ce moyen est en effet peu utilisé par les médecins généralistes, du fait de son caractère apparemment chronophage d'une part et d'une méconnaissance de la technique d'autre part. Ces deux points ont été objectivés par un travail de thèse mené en 2014, résumant que pour initier un changement de comportement, il faut prendre du temps, ce dont les généralistes interviewés disaient tous manquer. Apparaissait également dans ce travail une grande confusion des médecins généralistes quant à la technique même de l'entretien motivationnel, celui-ci ne faisant actuellement pas partie de la formation médicale initiale en médecine générale. ⁽³⁷⁾

2.3. Le recours à l'hypnose

Les arguments en faveur et en défaveur de l'hypnose s'appuyaient sur des représentations connues et stables, malgré une évolution récente des connaissances scientifiques et le nombre croissant d'enseignements universitaires de l'hypnose.

Les représentations des patients interrogés au sujet de l'hypnose étaient tenaces, parce que principalement issues des médias, sans changement depuis le travail de thèse du Dr Bosc de 2013. ⁽¹¹⁾

Ces représentations induisaient des craintes non justifiées et des espoirs illusoires, pouvant influencer

sur le déroulement des séances d'hypnose, et dont le médecin devait prendre connaissance au préalable, pour engager une alliance thérapeutique.

L'espoir illusoire prédominant était celui d'un sevrage sans effort, grâce à une déconnexion « magique » du tabac. Le maintien de cette représentation pourrait freiner le succès de l'hypnothérapie dans cette indication, la notion de volonté investie dans le changement étant un déterminant principal du succès. Cette image est véhiculée par de nombreux médias, notamment sur internet où il est possible de lire en réponse à la recherche « hypnose et tabac », des articles dans des revues grand public comme dans science et santé en 2015 : « *comment j'ai arrêté de fumer en 30 minutes chrono : 1. Sans véritable décision d'arrêter ; 2. Une rupture sans douleur ; 3. Pas besoin de volonté* ».

Après avoir eu recours à l'hypnose, les patients interrogés dans l'étude avaient bien pris conscience de l'importance de leur volonté investie dans le changement pour le succès du sevrage.

Par ailleurs, le fait que l'hypnose soit pratiquée par un médecin généraliste, dont le choix se faisait dans une sphère restreinte, presque confidentielle, était un facteur important de réassurance et un gage de sérieux de l'hypnose en tant que technique médicale. Cela permettait aux patients de se sentir en confiance, notion qu'ils plaçaient comme fondamentale au bon déroulement des séances. Cette relation de confiance, indispensable et bilatérale entre le médecin et son patient, est bien décrite dans la littérature et s'impose comme prérequis à l'établissement d'une alliance thérapeutique durable. ⁽⁴⁷⁾ ⁽⁵⁰⁾

En médecine générale, un sondage de 2010 du groupe pasteur mutualité rapportait que 91% des français faisaient confiance à leur médecin généraliste. ⁽²²⁾

Dans ce contexte, le fait que l'hypnose soit pratiquée par un médecin généraliste et à fortiori par leur médecin traitant, pourrait renforcer l'adhésion thérapeutique et la réussite des techniques hypnotiques pour les patients.

En miroir du patient, le recours aux techniques hypnotiques présente des avantages pour le médecin généraliste, notamment une amélioration de la communication médecin-malade, via une augmentation du temps d'écoute et une approche plus globale, cela renforçant l'alliance thérapeutique. ⁽¹²⁾

La pratique de l'hypnose permet aux médecins généralistes qui s'y forment, de développer un outil thérapeutique supplémentaire dans certaines indications, mais également de modifier positivement leur posture relationnelle à leur patientèle en général, en diminuant notamment les postures paternalistes ou les postures de "sauveur" qui pourraient faire obstacle à la décision thérapeutique partagée. ⁽²⁰⁾ ⁽³⁶⁾

2.4. La confrontation à l'hypnose

Le contenu de l'entretien préalable à l'hypnose rapporté par les patients interrogés pourrait être superposé à la technique de l'entretien motivationnel. En effet, le questionnement sur le parcours de vie du patient, et plus spécifiquement sur son parcours avec le tabac, permet de renforcer la décision du changement en induisant une diminution de l'ambivalence. Ce questionnement permettait également aux patients de prendre du recul par rapport à leur consommation tabagique et d'analyser leur consommation. Ce questionnement est également primordial pour permettre une personnalisation des techniques hypnotiques, pré requis indispensable au bon déroulement et à l'efficacité des séances d'hypnose. Cet apport dans la relation médecin-malade peut être superposé à l'apport de l'entretien motivationnel, qui permet un équilibre de la relation, via une accentuation de l'empathie, plaçant le patient au centre de la consultation et lui permettant de faire ses propres choix thérapeutiques en toute confiance. ⁽⁵⁾ Le patient devient donc acteur de sa prise en charge.

Les résultats de l'étude concernant la phase d'induction étaient homogènes et rapportaient une technique de focalisation de l'attention sur le positionnement corporel visant une mise à distance de la vigilance. Il est probable que cette induction « homogène » soit en rapport avec l'homogénéité de la formation reçue par les médecins généralistes ayant participé au recrutement des patients dans l'étude. Si les techniques d'induction enseignées sont nombreuses, l'induction de type kinesthésique est rapide et facilement réalisable. La phase de mode de fonctionnement particulier de la conscience, qui caractérise la transe hypnotique, est utilisée pour amplifier le désir de changement du patient, via des suggestions ouvertes évocatrices de liberté et de sensations nouvelles. Le patient se saisit de celles qu'il vit comme les plus en accord avec ses valeurs et les plus mobilisatrices pour lui. Dans notre étude, il s'agissait essentiellement de l'association tabac-effets négatifs (principe d'aversion) et de la visualisation de l'avenir sans tabac. Il est intéressant de constater que les patients n'ont pas retenu les métaphores et recadrages inhérents aux techniques hypnotiques. Cela pourrait être dû à la rhétorique analogique sur laquelle repose le fonctionnement hypnotique ou encore aux suggestions d'oubli, dont le but est de déconditionner certains comportements ancrés et limiter la rationalisation des techniques hypnotiques par le patient,. Les suggestions d'oubli visent également à amplifier l'autonomisation du patient dans la gestion de sa problématique de santé, dans le but de le rendre auteur et acteur de sa prise en charge. Dans le sens de cette autonomisation du patient, l'apprentissage et la pratique de l'autohypnose permettait aux patients interrogés de se doter d'une technique d'aide au sevrage. Ils

retenaient que cette technique pouvait les aider dans la gestion de leur "stress" et de leurs envies de cigarettes. L'apprentissage de cette technique, qui repose sur la répétition des éléments de la séance, apparaissait cependant difficile à mettre en place pour la majorité des patients. Cette difficulté, selon les patients, semblait imputable à un manque d'information de la part du médecin, sur la technique d'autohypnose elle-même. Elle participait également au maintien d'une posture passive du patient dans la gestion de sa problématique de santé, reposant sur la croyance des patients d'une nécessité d'être guidé pour la réussite de la technique hypnotique. Il apparaît donc primordial d'améliorer les modalités de la prescription d'auto hypnose en fin de séance.

Globalement, les techniques hypnotiques pourraient être superposées à la démarche de l'éducation thérapeutique du patient, dans la mesure où celle-ci vise, selon la HAS : l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto soins et la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation s'appuyant sur le vécu et l'expérience antérieure du patient. ⁽²⁵⁾

2.5. La phase post hypnotique

De manière unanime, le retour d'expérience des patients interrogés dans l'étude était positif. Ils recommandaient même l'utilisation de l'hypnose à leur entourage, que ce soit pour l'aide au sevrage tabagique ou pour d'autres indications, comme la gestion du stress.

Ce constat va dans le sens du travail de thèse mené en 2013 sur le ressenti des patients sur l'hypnose en médecine générale qui objectivait, dans le groupe de patients ayant eu recours à l'hypnose, un engouement général pour cette méthode. ⁽²³⁾

Une fois les idées reçues sur les techniques hypnotiques dissipées , l'expérimentation de l'hypnose médicale était décrite par les patients comme essentiellement bénéfique indépendamment du résultat attendu ou observé.

Dans ce sens, il est intéressant de constater qu'une seule patiente de notre étude ne souhaitait pas poursuivre l'expérience de l'hypnose dans le cadre de son sevrage tabagique, sans pour autant discréditer la technique, encourageant même son entourage à y avoir recours.

Cette satisfaction unanime des patients quant à l'hypnose clinique thérapeutique – et ce, quel que soit son champ d'application- est un point fondamental quand on se souvient que les préférences des patients et de leur entourage constituent un critère déterminant de l'Evidence Based Medecine. ⁽⁵⁵⁾

Concernant les résultats à court terme sur la consommation de tabac, le recours à l'hypnose dans le groupe étudié avait systématiquement eu une incidence positive, entraînant pour moitié du groupe un sevrage et pour moitié une diminution de leur consommation de tabac. Si résultats sont à interpréter avec précaution, puisqu'il ne s'agissait pas du but recherché par notre étude, ils mettent en évidence un impact manifeste du recours à l'hypnose sur la consommation de tabac. Des études quantitatives protocolées devraient être proposées pour mieux quantifier l'impact de l'hypnose sur le sevrage tabagique à court, moyen et long terme en regard des autres propositions thérapeutiques

Cet impact pourrait s'expliquer par le changement du rapport au tabac des patients interrogés après la (les) séance(s) d'hypnose. En effet, tous les patients rapportaient une modification de leur perception du tabac qui leur permettait de s'en détacher assez facilement, à leur grand étonnement. Cette donnée, s'inscrivant en phase post hypnotique, pourrait correspondre dans le cadre de l'entretien motivationnel à la mise en route du changement, après avoir passé le pas de l'ambivalence.

On retrouve ainsi toutes les étapes de l'entretien motivationnel et par extension, de l'éducation thérapeutique, inscrites dans une technique rationnelle, permettant déjà en l'espace de deux à trois consultations de 20 minutes de :

- Renforcer la décision du changement en diminuant l'ambivalence, personnaliser la technique d'intervention hypnotique et instaurer une alliance thérapeutique basée sur une relation de confiance mutuelle, via l'entretien préalable.
- Intervenir sur la part psycho comportementale et environnementale du syndrome de dépendance tabagique, en déconstruisant des associations mises en place par le patient tabagique justifiant son attachement durable au tabac via des suggestions ouvertes, dont le patient choisit de se munir de celles qu'il juge les plus mobilisatrices dans son contexte de vie global, pendant la séance d'hypnose
- Doter le patient de compétences d'auto soins, et renforcer son autonomisation dans la gestion de ses problématiques de santé, via la pratique de l'auto hypnose, en phase post hypnotique

Conclusion

Cette étude a permis de mettre en avant, dans un échantillon de patients tabagiques composé essentiellement de femmes ayant recours à l'hypnose médicale comme moyen de sevrage, l'importance de la part psycho-comportementale du syndrome de dépendance tabagique.

Ces patients avaient initialement de l'hypnose les mêmes représentations sociales issues des médias que celles de la population générale, pour laquelle magie, intrusion manipulation et possession constituent les craintes principales. Les patients accordaient donc une grande importance à la relation de confiance préalable à la pratique de l'hypnose. Cette relation de confiance étant naturellement présente entre le médecin généraliste et son patient, la pratique de l'hypnose à visée thérapeutique par le médecin traitant ou un médecin désigné par lui était un facteur clé de réassurance

Les patients de l'échantillon retenaient principalement des séances réalisées des éléments se rapportant à la rationalité des techniques hypnotiques utilisées. Ils gardaient tous un souvenir très positif de leur expérience et recommandaient le recours à l'hypnose à leur entourage. Tous avaient ressenti un changement dans leur rapport au tabac, la moitié ayant arrêté toute consommation, l'autre moitié l'ayant diminué

A ce jour, la seule prise en charge de la part psycho comportementale du tabagisme actuellement recommandée par la HAS et qui soit accessible aux médecins généralistes, est l'entretien motivationnel auquel les généralistes ne sont pas formés et qu'ils jugent souvent chronophage. Les techniques d'hypnose médicale, qui reposent sur des postures très proches, semblent, dans cette étude, superposables à celle de l'entretien motivationnel, et s'inscrivent dans la démarche générale de l'éducation thérapeutique du patient. Elles ont favorisé chez les patients un renforcement de leur motivation au changement voire les changements souhaités eux-mêmes. Elles se sont traduites chez les médecins par une prise en charge personnalisée de la dépendance psycho-comportementale qui s'inscrit dans le temps de la consultation en soins primaires. Quand les patients s'approprièrent les techniques d'auto hypnose, elles concourraient à l'autonomisation du patient et de capacités d'auto soins

Ainsi, les médecins formés à l'hypnose pourraient recourir aux techniques hypnotiques comme outil supplémentaire d'aide au sevrage tabagique, facilement intégrable dans la pratique quotidienne. Plus encore, la pratique de l'hypnose par le médecin généraliste pourrait avoir des effets bénéfiques sur sa

pratique en général, en contribuant à une posture plus empathique, centrées sur les ressources du patient.

Concernant la formation médicale à l'hypnose dans l'aide au sevrage tabagique, cette étude sur le point de vue des patients permet de formuler quelques préconisations dans le déroulé de l'accompagnement du patient :

- Retracer l'histoire de son tabagisme, ses tentatives d'arrêt, les souffrances entraînées
- Questionner son environnement familial et professionnel
- Identifier ses représentations de l'hypnose
- Déterminer ses motivations et ses appréhensions au changement
- Renforcer son estime de soi
- Négocier méticuleusement le déroulement de l'autohypnose chez soi entre les séances

Sous réserve du respect de ces conditions, des études quantitatives sont souhaitables pour mieux explorer l'efficacité de l'hypnose dans cette indication.

Bibliographie

- (1)** Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J., Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation. The Cochrane Library; database of systematic reviews. 2000
- (2)** Accardi MC, Hallquist MN, Jensen MP, Patterson DR, Lynn SJ, Montgomery GH. Clinical hypnosis for chronic pain in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews John Wiley & Sons, Ltd; 2013
- (3)** Afnor Normalisation. Cigarettes électroniques et e-liquides : les normes publiées vont structurer le marché ; Avril 2016
- (4)** Aim Philippe. Hypnose et arrêt du tabagisme ; aspects théoriques. résultats d'une étude pilote. Elaboration d'un protocole d'étude. Université de Lorraine ; 2009
- (5)** Alam Solty Charlotte. Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel. Faculté de médecine de Caen ; 2013.
- (6)** Annessi-Maesano I, Carton S, Mekihan-Cheinin P, Slama K, Stoebner-Delbarre A, Alcaraz G, et al. Tabagisme : quel rôle pour le médecin généraliste. 2003
- (7)** Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ;84(19) :142-5.
- (8)** Barling N.R, De Lucchi D.A.G. Knowledge, attitudes and beliefs about clinical hypnosis. The Australian Society of Hypnosis; 2004 Mai; Vol 32.
- (9)** Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation (review). The Cochrane Library; database of systematic reviews. 2010 ;39.
- (10)** Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J. Thérapies Complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi- leur place parmi les ressources de soins. Bulletin de L'Académie Nationale de médecine. 2013 ;3 :717-57.
- (11)** Bosc Adeline. Représentations sociales de l'hypnose chez les patients de médecine générale n'ayant jamais eu recours à l'hypnose. Faculté de Médecine Paris Sud ; 2013 Juin.
- (12)** BREL Marie. Intérêts de la pratique de l'hypnose thérapeutique par des médecins généralistes réunionnais en cabinets et en établissements de santé publics et privés. Université Bordeaux 2 ; 2013
- (13)** Brocas A-M, Dupays S., Hini E., Demaison C. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes ; premiers résultats de l'enquête handicap-santé 2008. Etudes et résultats. 2010;(717).
- (14)** Carr Allen. La méthode simple pour en finir avec la cigarette. 2011. (Pocket).
- (15)** Descloux F, Grosjean A. Les représentations sociales de l'hypnose. Haute Ecole de Santé Vaud ; 2012.
- (16)** Dickson-Spillmann M, Haug S, Schaub MP. Group hypnosis vs. relaxation for smoking cessation in adults: a cluster-randomised controlled trial. BMC public health. 2013;13(1):1.
- (17)** Dickson-Spillmann M, Kraemer T, Rust K, Schaub M. Group hypnotherapy versus group relaxation for smoking cessation: an RCT study protocol. BMC public health. 2012;12(1):1.
- (18)** Gary Elkins, Joel Marcus, Jeff Bates, M. Hasan Rajab. Intensive hypnotherapy for smoking cessation; a prospective study. International journal of clinical and experimental hypnosis. 2006;54(3):303/315.

- (19)** Gary R. Elkins, M. Hasan Rajab. Clinical hypnosis for smoking cessation: preliminary results of a three-session intervention. The international journal of clinical and experimental hypnosis. 2004 ;52(1) :73-81.
- (20)** Gerber M, Kraft E, Bosshard C. Décision partagée–Médecin et patient décideur ensemble. Bulletin des médecins suisses ; 2014 ;95 :50.
- (21)** Godeau É. Comment le tabac est-il devenu une drogue ? Vingtième Siècle Revue d'histoire. 6 Avr. 2009;(102) :105-15.
- (22)** Groupe Pasteur Mutualité. 91% des Français font confiance à leur médecin généraliste ! 2010
- (23)** Guichard-Bouju J. Ressenti des patients sur l'hypnose en médecine générale : enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de patients, certains en ayant eu l'expérience et d'autres ne connaissant pas l'hypnose. Université européenne de Bretagne ;2013
- (24)** Guignard R, Beck F, Richard J-B, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé.2010
- (25)** Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient. 2007.
- (26)** Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac ; 2015 janv. p. 1-103.
- (27)** Haute Autorité de santé. Synthèse d'avis de la commission de transparence, Varénicline ; Octobre 2016
- (28)** 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. Complementary Therapies in Medicine. Fevr. 2014;22(1):1-8.
- (29)** Hawkins, R.M.F, Bartsch J. The effects of an educational lecture about hypnosis. The Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. Jan 2000 ;82-9.
- (30)** Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Comment évolue le tabagisme en France ; 2000.
- (31)** Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. La législation antitabac en France ; 2012
- (32)** Institut national de prévention et d'éducation pour la santé - Actualités 2015 - Le tabac en France : nouvelles données du Baromètre santé Inpes 2014 ; 2015
- (33)** Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Les profils des fumeurs en France ; 2014
- (34)** Institut national de la santé et de la recherche médicale. Place du médecin généraliste dans la prévention p. 301-12.
- (35)** Institut national de la santé et de la recherche médicale. Tabac : comprendre la dépendance pour agir. Paris: Inserm ; 2004.
- (36)** Karpman Stephan B. Fairy tales and script drama analysis. Transactional Analysis Bulletin, 7(26), 39-43. 1968
- (37)** Laurent Anaëlle. Exploration des méthodes utilisées par les médecins généralistes lorrains pour motiver leurs patients à modifier leurs comportements. Faculté de médecine de Nancy ; 2014

- (38)** Le Houezec J. Pharmacologie de la nicotine et dépendance au tabac - Revue Médicale Suisse ; 2003
- (39)** Le Maitre B., Ratte S., Stobner-Delbarre A., Sevrage tabagique : des clés indispensables pour les praticiens. Conduites. 2005.
- (40)** Lermenier-Jeannet Aurélie. Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Tendances (92) ; Mai 2014.
- (41)** Michaux D. La représentation sociale de l'hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose. Perspectives psy. 2005 ;44(5) :341-5.
- (42)** Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel - 2e éd. : Aider la personne à engager le changement. Inter Editions ; 2013. 448 p.
- (43)** Organisation Mondiale de la Santé. Tabagisme, aide-mémoire n°339. OMS ; 2016
- (44)** Organisation Mondiale de la Santé. Syndrome de dépendance.
- (45)** Organisation Mondiale de la Santé. Syndrome de sevrage
- (46)** Payoux Pierre. Imagerie cérébrale, hypnose et douleur. 2012 janv. 21 ; DU Hypnose Toulouse.
- (47)** Santin Aline. La relation de soin : une question de confiance ? Espace éthique Ile de France ; 2009.
- (48)** Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? Recherches qualitatives. 2006 ;99-111.
- (49)** Sciolla M. Etude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille : vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique. Faculté de médecine de Grenoble ; 2012.
- (50)** Société Française de Médecine Générale. Le patient et son généraliste « médecin traitant » ; 2010
- (51)** Société Française de Médecine Générale. Justificatif sur la formation aux techniques de l'hypnose en médecine générale ; 2014.
- (52)** SFMG. Société Française de Médecine Générale : Le Dictionnaire des Résultats de consultation® - DRC
- (53)** Thomson Linda. A project to change the attitudes, beliefs and practices of health professionals concerning hypnosis. The American journal of clinical hypnosis. Juill. 2003;46(1):31-41.
- (54)** Timothy P. Camody, Carol Duncan, Joel A. Simon, Sharon Solkowitz, Joy Huggins, Sharon Lee, et al. Hypnosis for smoking cessation: a randomized trial. Nicotine and Tobacco Research. Mai. 2008 ;10(5).
- (55)** Université Paris Descartes. Evidence Based Medicine ; la médecine fondée sur les preuves. BIU de Santé; 2014.

Abstract

Background and objective: Chronic smoking, which is the first morbi mortality's cause in France, retains a stable prevalence despite legislatives and public health actions. General practitioners feel often helpless in medical care of smokers. Hypnosis doesn't belong to recommended supporting cessation techniques by the HAS, because of a lack of scientific studies demonstrating its efficiency in this indication. Patients and doctor's hypnosis representations are often distorted by the medias. The objective was to explore patient's hypnosis representations in this indication and improve the understanding of the mechanism of action of hypnosis.

Methods: A phenomenological study was conducted by using a qualitative methodology, based on semi-structured interviews. Patients who have undergone hypnosis for tobacco withdrawal, regardless of the outcome, have been engaged by 5 general practitioners trained to clinic hypnosis in Ile de France by the SFMG. Juvenile patients, those who had another addiction or a psychiatric treatment were excluded. The interviews were recorded then transcribed word by word. We used the software Nvivo 11 for helping the encrypting of data. The data analysis was realized by triangulation.

Results: 18 patients were recruited, including 15 women and 3 men. Their CSP, mode and places of life, levels of smoking consumption and number of sessions of hypnosis were varied. The saturation was objectified from the 12th interview. The patients brought back the beginning of smoking consumption to the adolescence, motivated by a group-dynamic effect. They put forward their behavioral and psychological dependence, in a societal context in transfer in its relationship to tobacco. The position of the entourage about the tobacco played a key-role, in the positive or negative direction, throughout their syndrome of dependence, but also during their cessation attempts. These attempts were mainly motivated by health issues and they accumulated frequently many ways of help. The recourse to hypnosis asked them to overcome representations truncated by the media. The fact that the hypnosis was practiced by a doctor was an essential criterion of reinsurance and confidence. They estimated this confidence essential to the satisfactory progress of the sessions and to the success of the hypnosis. They retained that hypnosis had allowed them to modify their relationship to tobacco and to analyze their consumption. All the patients were satisfied of their experience, expressed a well-being further to the sessions and a big part recommended hypnosis to their entourage. The patients who used the self-hypnosis saw an effective help tool for the management of the stress and the cravings of cigarettes. Further to the hypnosis, there was a systematic incidence on the tobacco consumption: a decrease for half and a withdrawal for the other one.

Conclusion: The hypnosis allowed the patients to surmount their behavioral and psychological addiction to tobacco, through a strengthening of the decision of the change, a deconstruction of their sustainable attachment to tobacco via personalized suggestions, and the acquisition of a capacity of self-care through the self-hypnosis. The medical hypnotic technique could be superposed on the motivational counselling and join the principal of therapeutic education.

Key words: hypnosis, tobacco, dependence, withdrawal

Résumé

Contexte et Objectif : Le tabagisme chronique, première cause de morbi-mortalité en France, conserve une prévalence stable en dépit des mesures législatives et actions de santé publique. Les médecins généralistes sont souvent démunis dans la prise en charge des patients tabagiques. L'hypnose ne fait pas partie des moyens d'aide au sevrage recommandés par la HAS, du fait du manque d'études scientifiques prouvant son efficacité dans cette indication. Les représentations de l'hypnose sont souvent faussées par les médias, pour les patients, mais aussi pour les médecins. L'objectif était d'explorer les représentations de l'hypnose des patients dans cette indication et améliorer la compréhension des mécanismes d'action de l'hypnose.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative phénoménologique, conduite par entretiens semi-directifs. Les patients ayant eu recours à l'hypnose pour sevrage du tabac, indépendamment du résultat obtenu, ont été recrutés via 5 généralistes formés à l'hypnose clinique en Ile de France par la SFMG. Etaient exclus les patients mineurs, ayant une addiction associée ou un traitement psychiatrique en cours. Les entretiens ont été enregistrés puis transcrits mot à mot. Le codage des données a été effectué en s'aidant du logiciel Nvivo 11. L'analyse des données a été réalisée par triangulation.

Résultats : 18 patients ont été recrutés, dont 15 femmes et 3 hommes. Leurs CSP, mode et lieux de vie, niveaux de consommation tabagique et nombre de séances d'hypnose étaient variés. La saturation a été objectivée dès le 12^e entretien. Les patients rapportaient un début de consommation tabagique à l'adolescence, motivé par un effet de groupe. Ils mettaient en avant leur dépendance psycho-comportementale, dans un contexte sociétal en mutation dans son rapport au tabac. La position de l'entourage par rapport au tabac jouait un rôle clé, dans le sens positif ou négatif, tout au long de leur syndrome de dépendance, mais aussi pendant leurs tentatives de sevrage. Ces tentatives étaient principalement motivées par des problématiques de santé et ils accumulaient fréquemment différents moyens d'aide. Le recours à l'hypnose leur demandait de surmonter des représentations tronquées par les médias. Le fait que l'hypnose soit pratiquée par un médecin était un critère primordial de réassurance et de confiance. Ils estimaient cette confiance indispensable au bon déroulement des séances et à la réussite de l'hypnose. Ils renaient que l'hypnose leur avait permis de modifier leur rapport au tabac et d'analyser leur consommation. Tous les patients étaient satisfaits de leur expérience, exprimaient un bien-être suite aux séances et une grande partie recommandait l'hypnose à leur entourage. Les patients qui utilisaient l'auto hypnose y voyaient un outil d'aide efficace pour la gestion du stress et des envies de cigarettes. Suite à l'hypnose, il existait une incidence systématique sur la consommation de tabac : une diminution pour la moitié et un sevrage pour l'autre.

Conclusion : L'hypnose permettait aux patients de surmonter leur dépendance psycho-comportementale au tabac, via un renforcement de la décision du changement, une déconstruction de leur attachement durable au tabac via des suggestions personnalisées, et l'acquisition d'une capacité d'auto soins à travers l'auto hypnose. La technique hypnotique médicale pourrait se superposer à celle de l'entretien motivationnel et s'inscrire dans le principe d'éducation thérapeutique du patient.

Mots clés : hypnose, tabac, dépendance, sevrage

ANNEXE 1 : Addiction à une substance : Critères DSM-V

Ces questions se rapportent à l'utilisation d'une seule et même substance sur une période de 12 mois.

- 1** - La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
- 2** - Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance
- 3** - Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets
- 4** - Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance
- 5** - L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
- 6** - Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance
- 7** - Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
- 8** - Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
- 9** - L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
- 10** - Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - effet notablement diminué en cas d'utilisation connue d'une même quantité de la substance
- 11**
 - Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - syndrome de sevrage caractérisé à la substance
 - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Cotation : Attribuer 1 point en cas de réponse « oui ».

Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items.

Score < 2 : Absence d'addiction

Score de 2 à 3 : Addiction légère

Score de 4 à 5 : Addiction modérée

Score ≥ 6 : Addiction sévère

ANNEXE 2 : Test de Fagerström

Evaluation du degré de dépendance à la nicotine

Question	Réponse	Score
Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 minutes	3
	Dans les 6 à 30 minutes	2
	De 31 à 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
A quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile de renoncer ?	La première	1
	Une autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu en début de matinée que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes si malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0

Score total sur 10 points :

- **Score 0-2** : pas de dépendance
- **Score 3-4** : dépendance faible
- **Score 5-6** : dépendance moyenne
- **Score 7-10** : dépendance forte

ANNEXE 3 : Echelle HAD

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) - La plupart du temps 3 - Souvent 2 - De temps en temps 1 - Jamais 0	9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué - Jamais 0 - Parfois 1 - Assez souvent 2 - Très souvent 3
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois - Oui, tout autant 0 - Pas autant 1 - Un peu seulement 2 - Presque plus 3	10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence - Plus du tout 3 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver - Oui, très nettement 3 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 - Pas du tout 0	11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place - Oui, c'est tout à fait le cas 3 - Un peu 2 - Pas tellement 1 - Pas du tout 0
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses - Autant que par le passé 0 - Plus autant qu'avant 1 - Vraiment moins qu'avant 2 - Plus du tout 3	12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses - Autant qu'avant 0 - Un peu moins qu'avant 1 - Bien moins qu'avant 2 - Presque jamais 3
5. Je me fais du souci - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0	13. J'éprouve des sensations soudaines de panique - Vraiment très souvent 3 - Assez souvent 2 - Pas très souvent 1 - Jamais 0
6. Je suis de bonne humeur - Jamais 3 - Rarement 2 - Assez souvent 1 - La plupart du temps 0	14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très rarement 3
7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) - Oui, quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0	

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014
© Haute Autorité de Santé – 2014

1

Scores :

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A =

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D =

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- **7 ou moins** : absence de symptomatologie
- **8 à 10** : symptomatologie douteuse
- **11 et plus** : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

ANNEXE 4: Group hypnotherapy versus group relaxation for smoking cessation: an RCT study protocol

Maria Dickson-Spillmann, Thomas Kraemer, Kristina Rust and Michael Schaub

BMC Public Health, 2012

Abstract

Background: A significant number of smokers would like to stop smoking. Despite the demonstrated efficacy of pharmacological smoking cessation treatments, many smokers are unwilling to use them; however, they are inclined to try alternative methods. Hypnosis has a long-standing reputation in smoking cessation therapy, but its efficacy has not been scientifically proven. We designed this randomized controlled trial to evaluate the effects of group hypnosis as a method for smoking cessation, and we will compare the results of group hypnosis with group relaxation.

Methods/Design: This is a randomized controlled trial (RCT) to compare the efficacy of a single session of hypnosis with that of relaxation performed in groups of 8-15 smokers. We intend to include at least 220 participants in our trial. The inclusion criteria include smoking at least 5 cigarettes per day, not using other cessation methods and being willing to quit smoking. The intervention is performed by a trained hypnotist/relaxation therapist. Both groups first receive 40 min of mental preparation that is based on motivational interviewing. Then, a state of deep relaxation is induced in the hypnosis condition, and superficial relaxation is induced in the control condition. Suggestions are made in the hypnosis condition that aim to switch the mental self-image of the participants from that of smokers to that of non-smokers. Each intervention lasts for 40 min. The participants also complete questionnaires that assess their smoking status and symptoms of depression and anxiety at baseline, 2 weeks and 6 months post-intervention. In addition, saliva samples are collected to assess cotinine levels at baseline and at 6 months post-intervention. We also assess nicotine withdrawal symptoms at 2 weeks post-intervention.

Discussion: To the best of our knowledge, this RCT is the first to test the efficacy of group hypnosis versus group relaxation. Issues requiring discussion in the outcome paper include the lack of standardization of hypnotic interventions in smoking cessation, the debriefing of the participants, the effects of group dynamics and the reasons for dropouts.

ANNEXE 5: Group hypnosis vs. relaxation for smoking cessation in adults: a cluster-randomized controlled trial

Maria Dickson-Spillmann, Severin Haug and Michael P Schaub

BMC Public Health, 2013

Abstract

Background: Despite the popularity of hypnotherapy for smoking cessation, the efficacy of this method is unclear. We aimed to investigate the efficacy of a single-session of group hypnotherapy for smoking cessation compared to relaxation in Swiss adult smokers.

Methods: This was a cluster-randomized, parallel-group, controlled trial. A single session of hypnosis or relaxation for smoking cessation was delivered to groups of smokers (median size = 11).

Participants were 223 smokers consuming ≥ 5 cigarettes per day, willing to quit and not using cessation aids (47.1% females = 37.5 years [SD= 11.8], 86.1% Swiss). Nicotine withdrawal, smoking abstinence self-efficacy, and adverse reactions were assessed at a 2-week follow-up. The main outcome, self-reported 30-day point prevalence of smoking abstinence, was assessed at a 6-month follow up. Abstinence was validated through salivary analysis. Secondary outcomes included number of cigarettes smoked per day, smoking abstinence self-efficacy, and nicotine withdrawal.

Results: At the 6-month follow up, 14.7% in the hypnosis group and 17.8% in the relaxation group were abstinent. The intervention had no effect on smoking status ($p = .73$) or on the number of cigarettes smoked per day ($p = .56$). Smoking abstinence self-efficacy did not differ between the interventions ($p = .14$) at the 2-week follow-up, but smokers in the hypnosis group experienced reduced withdrawal ($p = .02$). Both interventions produced few adverse reactions ($p = .81$).

Conclusions: A single session of group hypnotherapy does not appear to be more effective for smoking cessation than a group relaxation session.

ANNEXE 6: Clinical hypnosis for smoking cessation: preliminary results of a three-session intervention

Gary R. Elkins and M. Hasan Rajab

The international journal of clinical and experimental hypnosis, 2004.

Abstract:

This study presents preliminary data regarding hypnosis treatment for smoking cessation in a clinical setting. An individualized, 3-sessions hypnosis treatment is described.

Thirty smokers enrolled in an HMO were referred by their primary physician for treatment. Twenty-one patients returned after an initial consultation and received hypnosis for smoking cessation. At the end of treatment, 81% of those patients reported that they have stopped smoking, and 48% reported abstinence at 12 months posttreatment.

Most patients (95%) were satisfied with the treatment they received. Recommendations for future research to empirically evaluate this hypnosis treatment are discussed.

ANNEXE 7 : Intensive hypnotherapy for smoking cessation : a prospective study

Gary R. Elkins, Marcus J., Bates J., M. Hasan Rajab, Cook T.

The international Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 2006

Abstract:

This study reports on a prospective pilot trial of intensive hypnotherapy for smoking cessation. The hypnotherapy involved multiple individual sessions (8 visits) over approximately 2 months, individualization of hypnotic suggestions, and a supportive therapeutic relationship. Twenty subjects were randomly assigned to either an intensive hypnotherapy condition or to a wait-list control condition. The target quitting date was 1 week after beginning treatment. Patients were evaluated for smoking cessation at the end of treatment and at Weeks 12 and 26. Self-reported abstinence was confirmed by a carbon-monoxide concentration in expired air of 8 ppm or less. The rates of point prevalence smoking cessation, as confirmed by carbon-monoxide measurements for the intensive hypnotherapy group, was 40% at the end of treatment; 60% at 12 weeks, and 40% at 26 weeks ($p < .05$).

ANNEXE 8 : Hypnosis for smoking cessation : a randomized trial

Timothy P. Camody, Carol Duncan, Joel A. Simon, Sharon Solkowitz, Joy Huggins, Sharon Lee, Kevin Delucchi

Nicotine and tobacco research Vol 10, Number 5, May 2008

Abstract:

The purpose of this study was to determine whether hypnosis would be more effective in helping smokers quit than standard behavioral counselling when both interventions are combined with nicotine patches (NP). A total of 286 current smokers were enrolled in a randomized controlled smoking cessation trial at the San Francisco Veterans Affairs Medical Center. Participants in both treatments conditions were seen for two 60-min sessions, and received three follow-up phone calls and 2 months of NP.

At 6 months, 29% of the hypnosis group reported 7-day point-prevalence abstinence compared with 23% of the behavioral counseling group (RR=1.27; 95%CI 0.84-1.92). Based on biochemical or proxy confirmation, 26% of the participants in the hypnosis group were abstinent at 6 months compared with 18% of the behavioral group (RR=1.44; 95%CI 0.91-2.30). At 12 months, the self-reported 7-day point-prevalence quit rate was 24% for the hypnosis group and 16% for the behavioral group (RR=1.47; 95%CO 0.90-2.40). Based on biochemical or proxy confirmation, 20% of the participants in the hypnosis group were abstinent at 12 months compared with 14% of the behavioral group (RR=1.40; 95% CI 0.81-2.42). among participants with a history of depression, hypnosis yielded significantly higher validated point-prevalence quit rates at 6 and 12 months than standard treatment.

It was concluded that hypnosis combined with NP compares favorably with the standard behavioral counseling in generating long-term quit rates.

ANNEXE 9 : Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation : results of a randomized controlled trial

Hasan et al.

Complementary therapies in medicine, 2014

Abstract :

Background : The efficacy of pharmacotherapy for smoking cessation is well documented. However, due to relapse rates and side effects, hypnotherapy is gaining attention as an alternative treatment option. The aim of this one-center randomized study was to compare the efficacy of hypnotherapy alone, as well as hypnotherapy with nicotine replacement therapy (NRT), to conventional NRT in patients hospitalized with a cardiac or pulmonary illness.

Method : We evaluated self-reported and biochemically verified 7-day prevalence smoking abstinence rates at 12 and 26 weeks post-hospitalization. Patients (n=164) were randomized into one of three counselling-based treatment groups : NRT for 30 days (NRT; n=41), a 90-min hypnotherapy session (H; n=39) and NRT with hypnotherapy (HNRT; n=37). Treatment groups were compared to a “self-quit” group of 35 patients who refused intervention.

Results : Hypnotherapy patients were more likely than NRT patients to be nonsmokers at 12 weeks (43.9% vs 28.2%, p=0.06).

ANNEXE 10 : Document d'information et de consentement remis au patient pour signature

Madame, Monsieur,

Je réalise actuellement une thèse de médecine générale à la faculté de médecine de Paris-Sud (Université Paris XI).

Il s'agit une enquête sur les représentations des patients concernant l'hypnose dans l'aide au sevrage tabagique.

Il s'agit d'entretiens anonymes et enregistrés d'une durée de 45 minutes à 1 heure environ.

Vous êtes bien évidemment libre de ne pas répondre aux questions qui vous paraîtraient gênantes.

Vous êtes également libre d'arrêter l'entretien à n'importe quel moment.

Marie-lou Ercole

J'accepte de participer à cette étude,

Nom, Prénom :

Date :

Signature :

ANNEXE 11 : Grille d'entretien

Thème	Questions de relance
<i>Question brise-glace :</i> Pour commencer, racontez-moi svp comment vous avez commencé à fumer et votre histoire avec le tabac jusqu'à aujourd'hui	Quels sont les moments dont vous vous souvenez le plus ? Quelle place a occupé le tabac dans votre vie ?
<i>Parcours de sevrage tabagique :</i> A quel moment avez-vous commencé à vouloir éloigner le tabac de votre vie ? Comment avez-vous fait ? Racontez-moi vos expériences de sevrage	Quels moyens avez-vous utilisé ? avec quels résultats ? Quelles difficultés avez-vous rencontré ? Comment expliquez-vous vos rechutes ?
<i>Pourquoi l'hypnose :</i> Racontez-moi pourquoi vous avez choisi l'hypnose pour vous aider dans votre sevrage tabagique Comment avez-vous fait pour trouver ce médecin ?	Quelles raisons vous ont amené essayer cette méthode ? Pourquoi un médecin ? Etait-ce un critère important pour vous ? C'était quoi l'hypnose pour vous avant d'en parler avec le médecin ? Quels étaient vos espoirs ou vos doutes concernant votre sevrage avec cette méthode ?
<i>Les techniques utilisées lors du recours à l'hypnose :</i> Racontez-moi comment se déroulaient vos séances Qu'est ce qui se passait entre les séances ?	Qu'est-ce que le médecin vous a expliqué à propos de l'hypnose ? Comment vous sentiez-vous pendant/après les séances ? Avez-vous fait de l'autohypnose, avec vous cherché sur internet etc. ?
<i>Apport(s) de l'hypnose :</i> Racontez-moi ce que vous a apporté l'hypnose Par rapport au tabac En général	Qu'avez-vous retiré de votre expérience à l'hypnose ? Qu'est-ce que cette expérience a modifié dans votre vie ? Est-ce que vous utilisez l'hypnose pour d'autres choses ?
<i>Données sociologiques</i>	Age, sexe, CSP, niveau d'éducation, mode de vie, entourage familial, le médecin de l'hypnose est-il le médecin traitant ?
<i>Conclusion</i>	Et pour finir cet entretien, quelles conclusions souhaitez-vous apporter ou peut être des précisions ?

ANNEXE 12 : Grille d'analyse des résultats

1. L'histoire du tabagisme

Le début	<p><i>Début de consommation précoce avec effet de groupe</i></p> <p><i>Image sociétale forte, en mutation</i></p> <p><i>L'entourage comme catalyseur de l'addiction</i></p>
Le milieu	<p><i>Intégration du tabac à la vie quotidienne</i></p> <p><i>Construction d'un profil " addictif"</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Constance de l'ambivalence des sentiments</i> • <i>Impact relationnel négatif avec les enfants et culpabilisation</i> • <i>Les motivations à fumer en dépit des conséquences négatives</i>
La fin, les tentatives de sevrage	<p><i>Des raisons principalement liées à la santé,</i></p> <p><i>Variabilité et accumulation des méthodes utilisées</i></p> <p><i>Difficultés décrites principalement psycho comportementale</i></p> <p><i>La motivation personnelle décrite comme facteurs prédictifs de succès ou de rechutes mais aussi l'importance de l'entourage</i></p>

2. Les raisons du choix de l'hypnose

En défaveur de l'hypnose	<p><i>Image de l'hypnose tirée des médias</i></p> <p><i>La peur de la perte de contrôle synonyme d'hypnose</i></p> <p><i>La croyance dans la notion de réceptivité (et de non réceptivité)</i></p> <p><i>Hypnose non médicale synonyme de charlatanisme</i></p> <p><i>Le coût de l'hypnose non médicale</i></p> <p><i>Le positionnement négatif de l'entourage</i></p>
En faveur de l'hypnose	<p><i>Espoir de thérapie magique permettant une déconnexion du tabac et un sevrage sans douleur</i></p> <p><i>Un espoir majoritairement fondé sur un retour d'expérience positive (pour soi ou son entourage)</i></p> <p><i>La curiosité et l'attirance pour une méthode mystérieuse</i></p> <p><i>Un dernier recours suite à un parcours tabagique compliqué</i></p>

	<p><i>L'hypnose médicale comme un gage de confiance</i></p> <p><i>Un médecin connu : le médecin traitant ou conseillé par l'entourage</i></p> <p><i>Le positionnement positif de l'entourage</i></p>
--	--

3. La confrontation à l'hypnose

L'introduction	<p><i>L'importance de la réassurance et de la démystification de l'hypnose par le médecin</i></p> <p><i>Le questionnement préalable sur les diverses composantes de son rapport au tabac</i></p>
L'induction d'un fonctionnement hypnotique « durable »	<p><i>Fixation de l'attention sur le positionnement corporel, recherche d'une situation de détente, prédominance d'une sensation de bien-être</i></p> <p><i>Perception des indices minimaux de transe : mouvements involontaires, distorsion temporelle, réactions émotionnelles difficultés à se concentrer,</i></p> <p><i>Fluctuation de l'attention</i></p> <p><i>La modification du rythme et du timbre de voix du médecin</i></p>
La mobilisation des ressources pendant la phase de transe hypnotique	<p><i>Suggestions de lieux agréables excluant le tabac</i></p> <p><i>Suggestions portant sur les effets négatifs du tabac tels qu'exprimés par le patient au cours de la phase d'introduction</i></p> <p><i>Réminiscence de souvenirs en lien avec le tabac</i></p>
La phase post hypnotique	<p><i>Un ressenti majoritairement positif à titre de bien-être</i></p> <p><i>Un sentiment de satisfaction de clairvoyance par rapport à la mise à distance du tabac</i></p> <p><i>Constance de l'étonnement quant au déroulement des séances</i></p> <p><i>Modification des représentations de l'hypnose vers une technique de relaxation, un cheminement mental, une expérience positive qui ne fait que du bien</i></p>

L'appropriation par le patient	<p><i>L'auto hypnose comme outil de soutien efficace mais difficile à mettre en place</i></p> <p><i>La perception de l'importance préalable du questionnement sur le rapport au tabac avec déconstruction de la part psycho comportementale de l'addiction, changement de rapport au tabac, auto analyse de consommation</i></p> <p><i>La relation de confiance avec le praticien et la réceptivité comme pré requis à son efficacité</i></p> <p><i>Généralisation de l'hypnose à d'autres indications</i></p>
--------------------------------	--

4. Efficacité à court terme des techniques hypnotiques comme outil de sevrage tabagique

Dans les cas présentés : incidence systématique sur la consommation tabagique : diminution ou sevrage

Recommandation à l'entourage