

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Lydie MONTEIRO

Née le 07 octobre 1986 à Angers

**Étude pilote évaluant l'efficacité de l'hypnose
dans le sevrage tabagique**

**Thèse soutenue à Rennes
le 14 octobre 2016**

devant le jury composé de :

Claude ECOFFEY

PU-PH Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence - Rennes
Président de thèse

Benoit DESRUES

PU-PH Pneumologie; addictologie – Rennes *Assesseur*

Olivier DECAUX

PU-PH Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie – Rennes *Assesseur*

Eric MENER

PU Associé Médecine Générale - Rennes
Directeur de thèse

Remerciements

A Monsieur le Professeur Claude ECOFFEY,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Benoit DESRUES,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Olivier DECAUX,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez croire en l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Eric MENER,

Merci d'avoir accepté la direction de cette thèse. Merci pour tout le soutien que tu m'as apporté pour que je mène à bien ce travail. Merci pour tes avis et pour tout le temps que tu y as consacré.

Aux médecins qui ont accepté d'inclure des patients pour cette thèse,

Merci d'avoir cru en cette étude et d'avoir donné de votre temps professionnel.

A Madame le Docteur Katharina APEL,

Merci pour ta relecture précieuse, pour tous tes conseils et surtout pour ton amitié qui m'est si chère.

Aux médecins rencontrés au cours de mes études et par la suite,

Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale et de m'avoir transmis votre amour pour cette profession. Grâce à vous et vos divers exercices, j'ai façonné ma propre vision de la pratique de la médecine générale.

A Monsieur le Psychologue Mohammed EL FARRICHA,

Merci de m'avoir transmis avec toute ta passion ton expérience de l'hypnose. Grâce à cet apprentissage j'ai beaucoup appris sur la psychologie humaine et sur moi-même. Je peux maintenant avec cette technique mieux répondre à certaines attentes.

A Antoine,

Merci pour ton soutien et ta compréhension. Je suis si heureuse d'avancer à côté de toi.

« *Le temps est bon, le ciel est bleu* »

A mes parents, José et Françoise,

Merci pour tout, de croire en moi et de m'avoir soutenu durant toutes ces années.

A ma sœur et à mon frère, Céline et Ludovic,

Merci d'être toujours là pour moi, quel plaisir de grandir ensemble.

A ma marraine et mon filleul, Nathalie et Vincent,

Merci pour tous ces bons moments avec vous et tous ceux à venir.

A ma famille, Yveline, Hervé, Alain, Dominique, Philippe, Maria, Patrice, Nicolas, Julien, Marine, Katell, Laurent, Charline, Lily, Marceau, Jean-Philippe, Laura, Brayan, Maxence, Sydney, François, Isabelle, Julie, Marion et Tiphaine,

Merci pour toutes nos rencontres familiales et tous nos échanges.

A ma belle-famille, Jean-Claude, Bénédicte, Pierre, Jennifer et Céline,

Merci pour votre accueil rempli d'amour.

A mes amis de toujours, Anita, Aurélia, Aurélie, Aurore, Antoine, Benjamin, Camille, Céline, Emilie, Erik, Guillaume, Julien, Laura, Lucie, Lucie, Malo, Morgane, Pauline, Pierre, Pierre-Yves et Valérie,

Merci pour toutes ces belles années passées ensemble et toutes celles à venir.

A mes amis de médecine, Anne-Laure, Camille, Charlotte, Clotilde, Julie, Mathilde, Marianne, Marine, Marion, Rémy, Sébastien, Séverine et Tuhan,

Merci pour tous ces chemins parcourus ensemble, à poursuivre avec grand plaisir.

A mes colocataires, Amandine, Clément, Hélène, Marie, Sébastien, Simon et Valentin,

Merci de m'avoir si bien accueilli dans vos vies et pour les amitiés qui sont nées.

A ma professeur de danse classique, Monique,

Merci pour ton soutien afin d'allier ma vie professionnelle à notre passion commune.

Résumé

Etude pilote évaluant l'efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique

Contexte : Le tabagisme est un problème de santé publique engageant le pronostic vital et fonctionnel. L'anxiété et la dépression sont des symptômes plus fréquents et plus importants chez les fumeurs que dans la population générale. L'hypnose est utilisée par de nombreux fumeurs qui souhaitent se sevrer du tabac même si cette technique n'est pas recommandée dans le sevrage tabagique par l'HAS.

Objectif : L'efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique a été évaluée dans une étude prospective interventionnelle non contrôlée dans une cohorte de patients souhaitant arrêter de fumer par hypnothérapie. Une étude descriptive a été associée pour décrire la population qui accède à cette technique.

Méthodologie : Le critère principal de jugement était le sevrage tabagique à 6 mois de la fin de leur hypnothérapie. Les critères secondaires étaient l'évaluation de la consommation, de la dépendance, de l'anxiété et de la dépression par les tests de Fagerström et de l'HAD, à 6 mois de leur dernière séance d'hypnose. Les données socio-démographiques, la motivation, l'orientation, les attentes et les effets secondaires étaient recherchés chez chaque patient. Des médecins formés à l'hypnothérapie ont inclus du 01 juin 2014 au 31 mai 2015 tous les patients souhaitant pour la première fois un sevrage tabagique par cette technique.

Résultats : 21 patients ont été inclus par 7 médecins. Un patient a arrêté de fumer à 6 mois. Le nombre de cigarettes fumées par jour, le score de Fagerström et le score HAD D ont significativement diminué à 6 mois de leurs hypnothérapies (respectivement $p = 0.013$; 0.004 et 0.009). Autant d'hommes que de femmes de 26 à 67 ans ont participé à l'étude. Ils étaient tous motivés à plus de 5/10 (moyenne 7.5). Ils ont essentiellement été orientés vers l'hypnose par des professionnels de santé ou leur entourage. Les autres attentes étaient centrées sur leur bien-être. Elles ont été retrouvées dans les effets secondaires positifs. Il n'y a pas eu d'effets secondaires négatifs.

Conclusion : La thérapie utilisant l'hypnose ericksonienne est bénéfique sur le plan de la dépendance et de la dépression, et sans danger. Il serait intéressant de produire des études de plus grandes puissances pour affirmer l'efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique.

Abstract

The impact of hypnosis on smoking cessation

Background : Smoking is a public health concern that affects both vital and functional prognosis, and which has been linked to mental health issues such as anxiety and depression. Hypnosis is commonly used by smokers as a means to wean off this habit, but it fails to be included in recommendations by the HAS for smoking cessation.

Aim : The aim of this study was to evaluate the efficacy of hypnotherapy on smoking cessation, in an uncontrolled, interventional, and prospective study aimed at patients wishing to use hypnosis to wean off smoking. A further descriptive study illustrates the population sample used.

Methodology : The primary endpoint was the smoking cessation in the 6 months following the end of hypnothérapie. Patients were contacted and asked for information on their cigarette use, dependence, anxiety and depression with Fagerström score and HAD score six months after the last session of hypnothérapie. Socio-demographic characteristics, sexual orientation, expectations, and side effects were also recorded in each patient. General practitioners were trained in, and applied hypnotherapy, from 1st of June 2014 until 31st of May 2015. The patients were all first timers in terms of using hypnotherapy towards smoking cessation.

Results : Twenty-one smokers were seen by seven general practitioners. Out of the 21 smokers studied, only one had stopped smoking in the 6 months following the end of hypnotherapy. The number of cigarettes smoked per day, the Fagerstrom score and the HAD D score were lower 6 months after hypnotherapy ($P = 0.013$, 0.004 and 0.009 , respectively). An equal number of men and woman, at 26 to 67 years, participated in the study. Motivation was above 5/10 for all patients (average = 7.5). The patients had mostly been advised by health professionals or friends and relatives to try hypnotherapy for smoking cessation. Expectations were centred around well-being. Only positive and no negative side effects of hypnotherapy were observed.

Conclusion : Ericksonian hypnotherapy appears beneficial in terms of cigarette dependence and depression and does not appear to be linked to negative side effects. Future studies with larger sample sizes are necessary to confirm the beneficial link described here between hypnotherapy and smoking cessation.

Mots-clés MeSH

Addiction

Efficacité

Hypnose

Médecine Générale

Sevrage tabagique

Mots-clés anglais MeSH

Behavior, Addictive

Efficiency

Hypnosis

General Practice

Smoking Cessation

Abréviations

CIM : Classification Internationale des Maladies

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

HAD A : Score de l'Anxiété par l'Hospital Anxiety and Depression scale

HAD D : Score de la Dépression par l'Hospital Anxiety and Depression scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de Confiance

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

MH-5 : Mental Health index, score de santé mentale du MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form 36 item health survey), échelle de qualité de vie validée en français.

Table des matières

Introduction	20
Matériel et Méthode	22
Population étudiée	22
Types d'études	22
Recueil des données	22
Analyse des données	23
Tests statistiques	23
Résultats	24
Caractéristiques de la population avant les séances d'hypnose.....	24
Résultats 6 mois après leur prise en charge par l'hypnose	26
Influence de l'hypnose sur les modifications observées à 6 mois.....	28
Comparaison des valeurs quantitatives.....	28
Comparaison des valeurs qualitatives	30
Discussion.....	32
Principaux résultats	32
Connaissances actuelles du sevrage tabagique et de l'hypnose.....	32
Avantages de l'étude	32
Tabac et hypnose.....	32
Dépression – Anxiété et hypnose	34
Place de l'hypnose dans le sevrage au tabac.....	34
Type de population accédant à l'hypnose	34
Orientation des patients vers l'hypnose	35
Les attentes de l'hypnose	35
Effets secondaires de l'hypnothérapie dans le sevrage au tabac.	35
Faiblesses de l'étude	36
Conclusion	38
Déclaration des conflits d'intérêts.....	39
Bibliographie	40
Listes des tableaux	43
Listes des figures	43
Annexes	44

Introduction

L'application de la loi Veil en 1976 a stabilisé la prévalence du tabagisme à 40%. En 1992 suite à la loi Evin, la consommation de tabac a diminué de 1% par an jusqu'à 2005 pour atteindre 27% (1). Le nombre de fumeurs quotidiens a augmenté entre 2005 et 2010, passant de 27.0% à 29.1% chez les 15 à 75 ans (2). La prévalence du tabagisme quotidien diminuera à 28.2% en 2014 selon le baromètre santé (3).

Le tabagisme est un problème de santé publique majeur engageant le pronostic vital et fonctionnel. Il s'agit de la première cause de mortalité évitable et de la deuxième cause de mortalité mondiale. Chaque année en France, le tabagisme actif cause 73000 décès prématurés (4,5). Il est responsable de 85% des décès par cancer pulmonaire, 70% des décès par maladie respiratoire chronique et 10% des décès par maladie cardio-vasculaire (5). Un fumeur sur deux décèdera d'une pathologie liée au tabac (4). Les bénéfices de l'arrêt du tabac en termes de morbi-mortalité sont présents quel que soit l'âge et sont d'autant plus importants si l'arrêt est précoce (4).

La dépendance est la perte de la liberté de s'abstenir. La dépendance au tabac est classée sous la rubrique « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives » dans la CIM-10. La dépendance au tabac est complexe parce qu'elle est multifactorielle. Cette dépendance est pharmacologique par l'action de la nicotine. Elle est aussi psychologique et comportementale par le conditionnement (6). La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement dans le modèle de Prochaska. Il s'agit d'un temps qui peut être nécessaire à la réussite finale du processus (7). C'est pourquoi, les addictions sont considérées comme des maladies chroniques (4).

L'anxiété et la dépression sont des symptômes plus fréquents (8) et plus importants (9) chez les fumeurs que dans la population générale. L'anxiété augmente le désir de fumer. Le niveau d'anxiété est proportionnel au nombre de cigarettes fumées (6) et au degré de dépendance (10). Plus la dépression est forte plus le niveau de dépendance au tabac est élevé (10). L'arrêt du tabac s'accompagne souvent d'une aggravation ou de l'apparition de cet état dépressif (11). La dépression est un facteur d'échec du sevrage ou de rechute (6,11).

La nicotine aurait une action antidépresseur (12). Elle se fixe aux récepteurs nicotiques cérébraux et active directement les systèmes dopaminergiques et indirectement les systèmes noradrénergiques et sérotoninergiques. La nicotine stimule alors les effets psychoactifs, plaisir, stimulation générale, action anxiolytique, tranquillisante, anorexigène et anti nociceptive (6,11).

Parmi les fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans, 59.5% déclarent avoir envie d'arrêter leur consommation en tabac. 70.7% des fumeurs réguliers ont déjà arrêté de fumer volontairement pendant au moins une semaine (3). 37,4 % déclarent qu'ils envisagent d'arrêter avec l'aide d'un

médecin contre 62,6 % qui envisagent d'arrêter seuls. 9,2 % envisagent de suivre une psychothérapie ou de bénéficier d'un soutien psychologique (2).

Dans les recommandations HAS de l'arrêt au tabac, l'évaluation initiale se compose d'une évaluation de la consommation, de la dépendance, des comorbidités anxieuses et dépressives, des co-consommations et de la motivation à l'arrêt (4). Le test de dépendance de Fagerström évalue la dépendance au tabac (13). L'Hospital Anxiety-Depression scale mesure le niveau d'anxiété et de dépression (14). L'échelle analogique d'évaluation de la motivation cote le niveau de motivation.

Les accompagnements recommandés en première intention sont le soutien psychologique, l'entretien motivationnel, la guidance, le counselling, et les thérapies cognitivo-comportementales (15–19). Selon l'HAS, l'hypnothérapie ne peut être recommandée devant l'absence d'efficacité établie. Mais devant son éventuel effet placebo et l'absence de risque majeur, cette technique ne doit pas être écartée quand le patient l'évoque (4).

Le bénéfice de l'hypnose dans l'aide à l'arrêt du tabac a fait l'objet de plusieurs études. Une méta-analyse Cochrane d'études contrôlées randomisées conclue que les résultats sont insuffisants pour recommander l'hypnothérapie comme traitement spécifique du sevrage tabagique (20). Une autre méta-analyse d'essais contrôlés randomisés suggère que l'hypnose peut aider les fumeurs à cesser de fumer. Mais d'autres preuves sont nécessaires pour déterminer si le sevrage par l'hypnose est aussi efficace que les pharmacothérapies devant ces résultats non significatifs (21).

L'hypnose est pratiquée pour prendre en charge les addictions dont le tabagisme par des thérapeutes de différents courants. Le sevrage au tabac est même décrit dans les indications de l'hypnose médicale à l'université (22).

L'hypnose est pratiquée depuis de nombreux siècles, par les sorciers, les magiciens et les fakirs. Mesmer (1734-1815) fut le premier à utiliser l'hypnose comme mesure thérapeutique. Il pratiquait une hypnose directive qu'on appelle aujourd'hui l'hypnose traditionnelle. Dans cette technique, le thérapeute est très actif et agit avec autorité. Depuis 60 ans, Milton H. Erickson (1901-1980) a développé une méthode où le patient est le principal acteur de sa guérison. Le thérapeute l'accompagne comme un guide grâce à des suggestions indirectes (23). Erickson définissait l'hypnose comme : « un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient » et « Un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages. »

L'hypnothérapie est une méthode utilisée par de nombreux fumeurs pour arrêter de fumer (24). Il est donc nécessaire, devant cette thérapie sans effet secondaire apparent, de poursuivre les recherches afin qu'elle puisse être proposée par les professionnels de santé sur des critères scientifiques.

Matériel et Méthode

Population étudiée

Les patients inclus étaient des fumeurs adultes souhaitant une aide au sevrage tabagique par l'hypnose. Étaient exclus les fumeurs ayant déjà bénéficié de ce type d'aide dans le cadre d'un sevrage au tabac. Les patients volontaires étaient inclus par des médecins généralistes formés à l'hypnothérapie. Le type, la durée et le nombre de séances étaient laissés au jugement du médecin car il n'est pas possible de faire des séances protocolaires dans l'hypnose ericksonienne.

Types d'études

L'étude principale était prospective interventionnelle non contrôlée chez une cohorte de patients volontaires souhaitant arrêter de fumer. L'intervention proposée était une aide au sevrage tabagique par hypnothérapie. Le critère de jugement principal était le sevrage tabagique à 6 mois de la dernière séance d'hypnose. Les critères secondaires étaient l'évaluation de l'impact de l'intervention sur la consommation, la dépendance, l'anxiété et la dépression à 6 mois.

L'étude secondaire était descriptive. Elle visait à décrire la place actuelle de l'hypnose dans le sevrage au tabac par la population qui accède à l'hypnose, leur niveau de motivation, les types d'orientation vers cette méthode et les attentes de ces patients. Elle recherchait aussi les effets secondaires de l'hypnothérapie dans ce cadre.

Recueil des données

Avant la première séance d'hypnose le médecin hypnothérapeute évaluait le niveau de consommation quotidienne actuel (nombre de cigarettes fumées par jour), la dépendance au tabac par le questionnaire de Fagerström ainsi que l'anxiété et la dépression par l'Hospital Anxiety and Depression scale. Le médecin recueillait également les données socio-démographiques à savoir le sexe et la date de naissance. La motivation était évaluée selon une échelle visuelle analogique allant de 0 à 10. Les raisons du choix de l'hypnose et les attentes vis-à-vis de cette technique étaient relevées par le médecin sous forme de questionnement libre. Le nombre de séances et la date de la dernière séance étaient renseignés pour chaque patient.

La période d'inclusion a duré un an du 01 juin 2014 au 31 mai 2015. Elle a été interrompue 10 jours au bout de 3 mois pour comptabiliser le nombre d'inclusions et décider la poursuite de l'étude.

Chaque patient était recontacté six mois après leur dernière séance par un investigateur n'ayant pas participé à l'inclusion ni aux séances d'hypnose. Le patient était interrogé sur l'arrêt du tabac. En cas de poursuite du tabagisme, la consommation et la dépendance étaient réévaluées. L'anxiété et la dépression étaient réévaluées chez tous les patients. Les mêmes scores (Fagerström, HAD) ont été

utilisés. Les effets secondaires à leur prise en charge étaient demandés, qu'ils soient positifs ou négatifs. Une autre technique pour aider ce sevrage a été recherchée. Les éléments qui devaient être réunis avant le début de la prise en charge étaient confirmés et complétés quand cela était possible. Les patients, qui n'ont pas répondu au premier appel, ont été recontactés 4 à 6 fois jusqu'en janvier 2016. Les médecins généralistes ayant inclus les patients qui ne répondaient pas, ont été sollicités pour contacter leurs patients afin qu'ils passent leur évaluation à 6 mois.

Analyse des données

Les médecins généralistes nous ont transmis les informations sous forme de tableaux Excel ou de textes libres secondairement retranscrits dans un unique tableau Excel.

Dans un premier temps, la population avant hypnose a été décrite et comparée avec une population de référence (10). Ensuite la population après l'hypnothérapie a été décrite.

Dans un deuxième temps, les deux populations avant et après prise en charge par hypnose ont été comparées.

Des analyses avec sous-groupes ont été effectuées.

Le test de Fagerstrom a permis de classer les patients en 5 sous-groupes pour évaluer la dépendance : pas de dépendance (score entre 0-2), dépendance faible (3-4), dépendance moyenne (5-6), dépendance forte (7-8) et dépendance très forte (9-10) (13,25).

Les tests HAD ont défini 3 sous-groupes : absence de symptomatologie (<7), symptomatologie douteuse (8-10) et symptomatologie certaine (>11) (14).

Dans un troisième temps, les informations qualitatives sur la place de l'hypnose dans le sevrage au tabac ont été analysées.

Tests statistiques

Pour décrire les deux groupes, avant et après prise en charge par hypnose, des moyennes accompagnées de leur écart-type ont été calculées.

Pour comparer ces deux groupes appariés sur le critère de jugement principal, nous avons utilisé le test χ^2 de MacNemar, tout comme pour les autres valeurs qualitatives. La distribution normale a été recherchée par le test de Shapiro-Wilk pour les variables quantitatives. En cas de normalité, le test de Student pour valeurs appariées a été employé. Le test de Wilcoxon pour données appariées était utilisé dans le cas contraire. Ces tests ont été réalisés avec le logiciel XLSTAT. Le risque alpha était de 5%.

Résultats

Caractéristiques de la population avant les séances d'hypnose

8 médecins généralistes formés à l'hypnose ericksonienne ont fait entrer 29 patients dans l'étude. Il s'agissait de 14 femmes et 15 hommes âgés de 20 à 66 ans (moyenne = 38.5, écart-type = 10.15).

A 6 mois, 21 sujets ont répondu à l'appel téléphonique, soit un taux de réponse de 72.5%. 11 femmes et 10 hommes âgés de 26 à 67 ans avec une moyenne d'âge à 40.4 ans (écart-type = 9.82) inclus par 7 médecins (Figure 1).

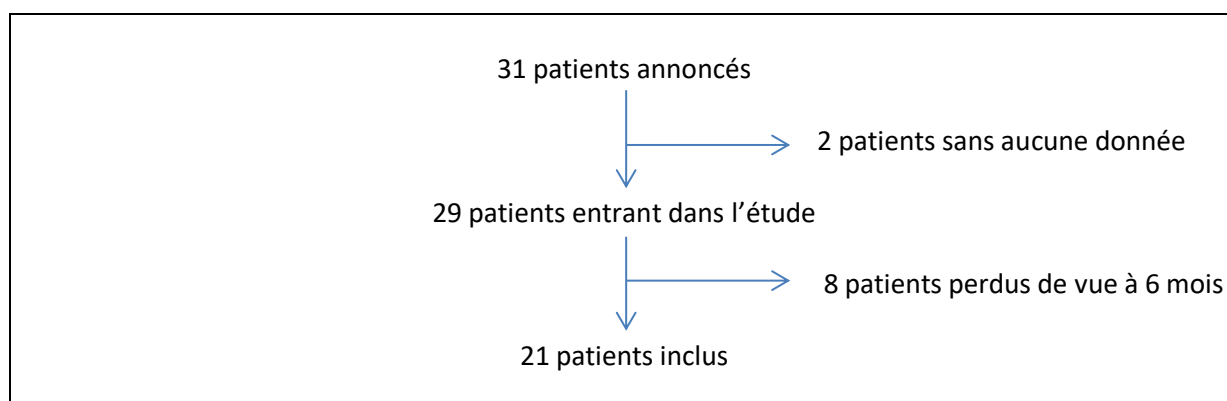


Figure 1 : Diagramme de Flux

La consommation en cigarettes avant l'intervention était de 7 à 30 cigarettes par jour (n=17, moyenne = 16.6, écart-type = 5.57). Un patient en fumait moins de 10 par jour.

Le test de Fagerström été effectué chez 18 patients avant leurs séances d'hypnose. Il s'étendait de 1 à 8/10 (moyenne = 4.7, écart-type = 1.81). 2 patients n'étaient pas dépendant à la nicotine, 3 patients avaient une dépendance faible, 11 présentaient une dépendance moyenne et 2 une dépendance forte.

Avant l'intervention le test HAD était effectué chez 17 sujets. Sur le plan de l'anxiété, les résultats vont de 3 à 13/21 (moyenne = 7.1, écart-type = 3.10) et pour la dépression de 0 à 10/21 (moyenne = 4.1, écart-type = 2.55). 11 n'étaient pas anxieux, 3 avaient une symptomatologie anxieuse douteuse et 3 étaient anxieux. 15 n'étaient pas dépressifs, 2 avaient une symptomatologie dépressive douteuse et aucun n'avait une dépression certaine.

Sur les 21 patients inclus, 18 avaient renseigné leur motivation à l'arrêt. Elle allait de 5 à 10/10 (moyenne = 7.5, écart-type = 1.50).

Ces 21 patients se sont tournés vers l'hypnose pour leur sevrage au tabac par plusieurs voies. 8 patients ont été orientés par leur médecin traitant, 2 par un kinésithérapeute et 1 par une interne en gynécologie. 9 ont entendu les conseils de leur entourage : 6 par des amis et 3 par des collègues. Les lectures d'articles et internet ont guidé 3 patients vers cette technique. 5 patients se sont tournés vers l'hypnose après avoir essayé d'autres méthodes : 1 après échec des patchs, 1 après échec de l'acupuncture, 1 après l'utilisation de patchs et de la cigarette électronique et 1 après échec des substituts nicotiniques, du bupropion et de l'acupuncture (Figure 2). Un patient pouvait avoir suivi plusieurs voies.

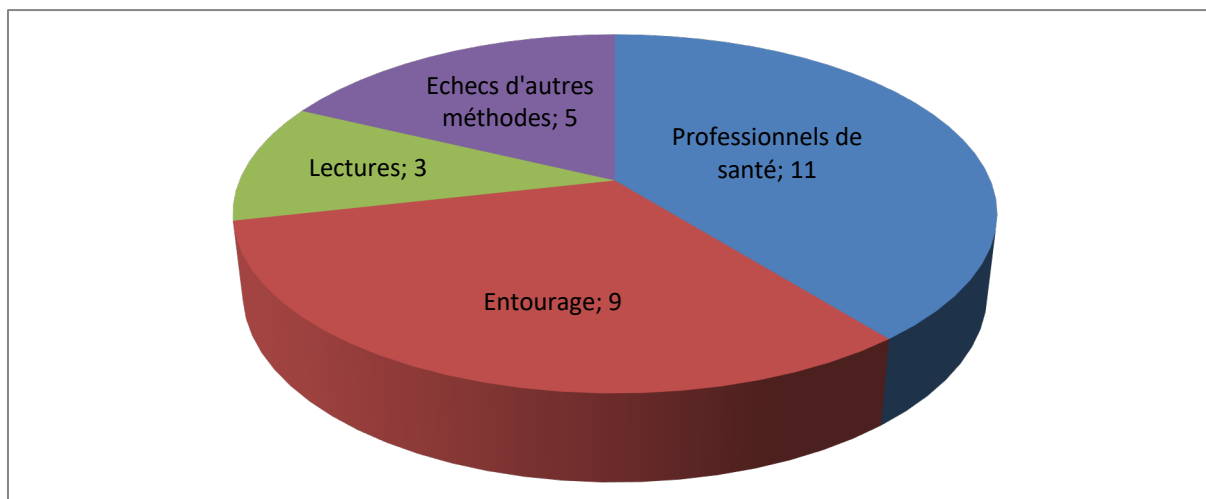


Figure 2 : Les orientations conduisant à l'hypnose

Tous les patients avaient pour première motivation l'arrêt de leur consommation de tabac. 12 patients sur 21 n'avaient pas d'autres attentes. Parmi les 9 autres patients, de multiples autres demandes ont été formulées : prise en charge du stress, de leur santé, de la dépression, de l'addiction au cannabis, d'une problématique personnelle, de douleurs ; le désir de perdre du poids, la recherche d'un soutien et le besoin d'augmenter sa confiance en soi (Figure 3). Un patient pouvait avoir plusieurs demandes.

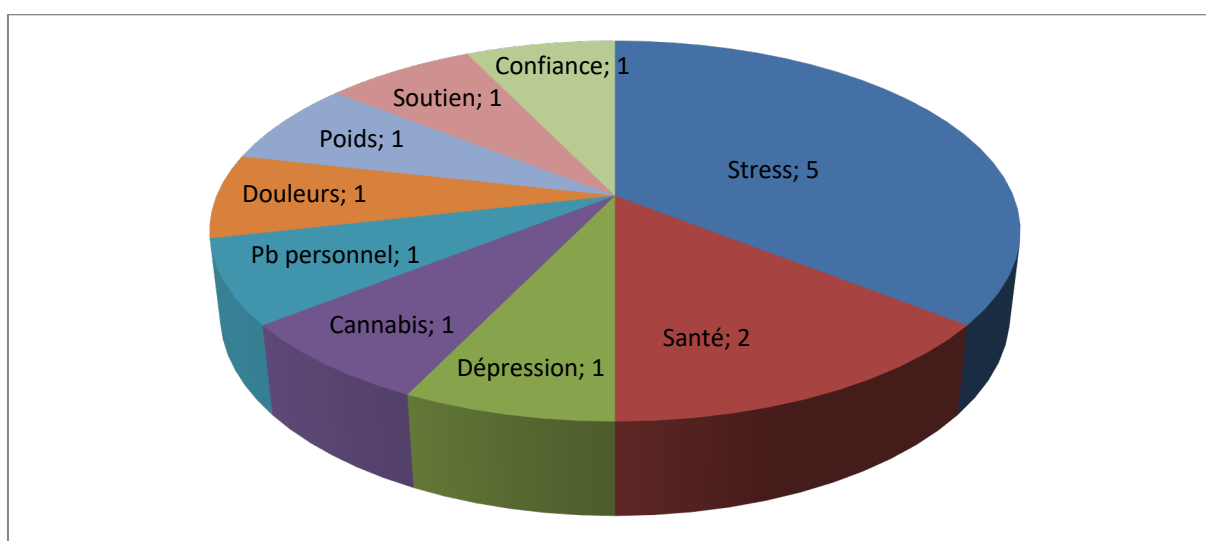


Figure 3 : Les attentes accompagnant le souhait d'un sevrage tabagique

Résultats 6 mois après leur prise en charge par l'hypnose

Chaque patient a bénéficié d'un nombre de séances qui a été choisi par le médecin et le patient. Ce nombre de séances allait de 1 à 8 avec une moyenne de 3.4 (écart-type = 1.86).

Un patient a arrêté de fumer 6 mois après ses séances d'hypnose.

L'évolution des critères secondaires de jugement est montrée dans les tableaux 1 et 2.

	Nombre de cigarette par jour			Test de Fagerström (/10)		
	Minimum	Moyenne	Maximum	Minimum	Moyenne	Maximum
Avant	7	16.6	30	1	4.7	8
Après	2	11.5	21	0	3.1	6

Tableau 1 : Evolution des variables de la consommation et de la dépendance avant et après hypnose

	HAD Anxiété (/21)			HAD Dépression (/21)		
	Minimum	Moyenne	Maximum	Minimum	Moyenne	Maximum
Avant	3	7.1	13	0	4.1	10
Après	0	6.3	16	0	1.8	9

Tableau 2 : Evolution des variables des niveaux d'anxiété et de dépression avant et après hypnose

La consommation moyenne de tabac a diminué à 11.5 cigarettes (écart-type = 6.51, mini = 2 et max = 21). 11 patients sur 17 ont diminué leur nombre de cigarettes fumées par jour.

La dépendance a aussi diminué. Les résultats du test de Fagerström s'étendent de 0 à 6/10 (moyenne = 3.1, écart-type = 2.07). 6 patients n'étaient pas dépendants à la nicotine, 5 patients avaient une dépendance faible, 7 présentaient une dépendance moyenne et il n'y avait plus de dépendance forte ni très forte.

La moyenne du test HAD Anxiété a diminué à 6.3 avec une augmentation de l'écart-type à 3.82, un minimum à 0 et un maximum à 16. 13 n'étaient pas anxieux, 2 avaient une symptomatologie anxieuse douteuse et 2 étaient anxieux.

Le test HAD Dépression a été amélioré après 6 mois : moyenne = 1.8, écart-type = 2.29, mini = 0 et maxi = 9.16 n'étaient pas dépressifs, 1 avait une symptomatologie dépressive douteuse et aucun n'avait une dépression certaine.

3 patients déclarent avoir utilisé des patchs de substituts nicotiques sur une période limitée, en parallèle ou après leurs séances d'hypnose. Ils ne sont pas en traitement au moment de l'évaluation à 6 mois. Le patient qui a arrêté de fumer n'en a pas bénéficié.

20 patients n'ont décrit aucun effet secondaire négatif. Un patient a ressenti une asthénie suite à ses séances.

Les effets secondaires positifs ont été variés (Figure 4).

Le patient qui a arrêté de fumer trouve cela valorisant, il note aussi un arrêt de la toux, des crachats, des aigreurs d'estomac et une reprise de son souffle.

6 patients ont arrêté de fumer sur une durée limitée dont 1 qui ne fume maintenant qu'en soirée. 1 d'entre eux a pu voir sa peau plus nette, une amélioration de son souffle et une augmentation de son temps libre. 3 décrivent une diminution de leur consommation sans arrêt et 1 la diminution de son envie de fumer. 4 patients expriment un apaisement, 1 patient l'absence d'augmentation d'agressivité observée lors de ses anciennes tentatives d'arrêt au tabac et 1 l'absence de trouble du comportement ni de signe de manque lors de son arrêt. 1 patient a repris le sport et 1 autre a perdu du poids. 1 patient a moins de douleurs depuis l'hypnose. 1 patient a acquis l'apprentissage de l'auto-hypnose. 1 patient a une meilleure « connaissance de lui » depuis sa prise en charge. 2 patients ont pris conscience que le sevrage tabagique ne serait possible que s'ils s'occupaient de leurs problèmes sous-jacents et 1 autre a géré un traumatisme psychologique. 2 patients ont plus de projets depuis leurs séances. 1 a été conforté dans l'idée qu'elle pouvait être en hypnose.

4 patients ne rapportent aucun bénéfice à cette technique.

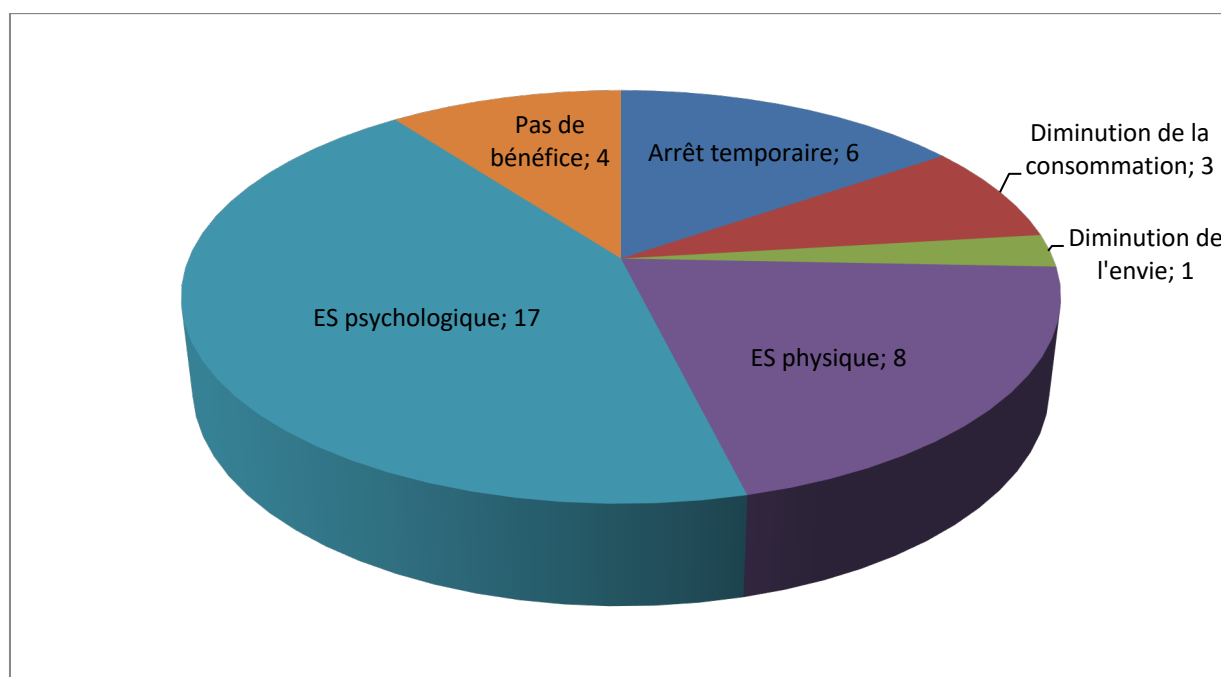


Figure 4 : Les effets secondaires (ES) positifs décrits par les patients

Influence de l'hypnose sur les modifications observées à 6 mois

Comparaison des valeurs quantitatives

Un seul sujet ayant arrêté de fumer, nous ne pouvons pas faire de statistiques sur le sevrage du tabac.

Le tableau 3 montre les résultats des 21 patients inclus. Des comparaisons de ces valeurs appariées ont été effectuées dans le tableau 4.

Patient	Nombre de cigarettes par jour		Test de Fagerström (/10)		HAD Anxiété (/21)		HAD Dépression (/21)	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
1	10	10	4	5		7		3
2	20	7			13	7	9	3
3			5	5	7	3	4	0
4	15		5	3	4	3	5	1
5	20	13		4		3		2
6	15	21	5	5	5	16	1	9
7	15	10	5	4	6	13	0	1
8	15	2	5	1	13	9	5	0
9	30	20	4	3	8	7	2	0
10*		*	5	*	5	2	4	0
11		15	8	6	5	4	2	1
12	20	15	7	5	4	4	5	1
13	10	6	1	1		7		0
14	20	20	5	5	10	7	6	6
15	7	3	4	0	6	5	10	1
16	15	15	5	5	11	0	3	0
17	20	15	5	4	7	7	4	3
18	20	20	6	4	3	9	4	2
19	20	2		0		11		4
20	10	5	0	0	9	3	3	0
21		8	5	2	5	6	3	2

Tableau 3 : Résultats des tests avant et après hypnothérapie pour les 21 patients inclus

* : patient ayant arrêté de fumer

	Nombre de cigarette par jour		Test de Fagerström		HAD Anxiété		HAD Dépression	
	N = 17		N = 18		N = 17		N = 17	
	Moyenne (Ecart-type)	p	Moyenne (Ecart-type)	p	Moyenne (Ecart-type)	p	Moyenne (Ecart-type)	p
Avant	16.6 (5.57)	0.013*	4.7 (1.81)	0.004*	7.1 (3.10)	0.3**	4.1 (2.55)	0.009*
Après	11.5 (6.51)		3.1 (2.07)		6.3 (3.82)		1.8 (2.29)	

Tableau 4 : Comparaison des variables de consommation, de dépendance, de motivation, d'anxiété et de dépression avant et après hypnose. * Test non-paramétrique de Wilcoxon. ** Test paramétrique de Student.

Il existe une différence significative entre le groupe initial et le groupe à 6 mois pour le nombre de cigarettes fumées par jour ($p = 0.013$) et le score de Fagerström ($p=0.004$).

Il n'y a pas de différences significatives entre les scores HAD A avant et après hypnose ($p = 0.304$).

Les scores HAD D avant l'hypnose sont statistiquement différents de ceux du groupe après hypnose ($p=0.009$).

Comparaison des valeurs qualitatives

Les figures 6, 7 et 8 illustrent graphiquement l'évolution de la dépendance, de l'anxiété et de la dépression avant et après l'intervention, La comparaison de proportions de patients dans les différents sous-groupes de dépendance/anxiété/dépression n'a pu être réalisée avec le test Chi2 de Mac Nemar en raison du nombre de sujets insuffisant.

2 patients ont diminué leur dépendance de forte à moyenne, 4 de moyenne à faible, 3 de moyenne à absente et 1 de faible à absente. 1 patient est passé d'un test de Fagerström de 4 à 5, soit d'une dépendance faible à moyenne.

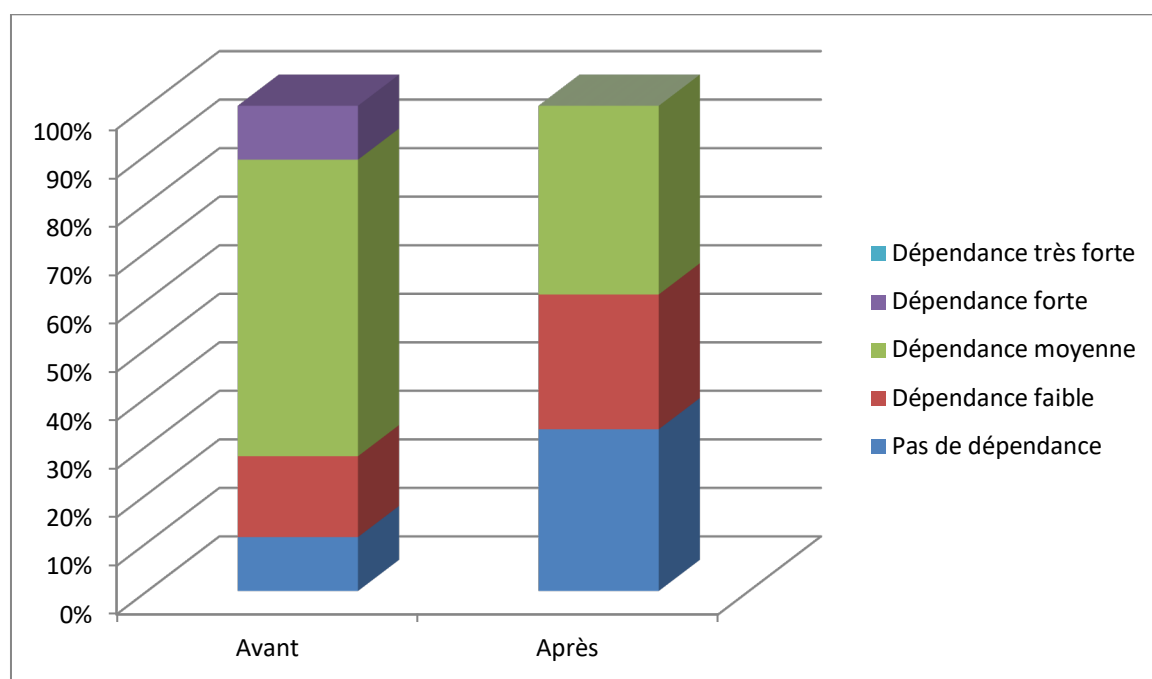


Figure 5 : Niveaux de dépendance par le test de Fagerstrom avant et après hypnose

1 patient est passé d'une symptomatologie anxieuse certaine à douteuse, 2 d'une symptomatologie anxieuse certaine à absente et 3 d'une symptomatologie anxieuse douteuse à absente.

3 patients ont vu leur test HAD A augmenter dans un contexte de problématique personnelle intercurrente. (2 ont eu une charge de travail augmentée et 1 a décrit des problèmes personnels sans autre précision). 2 avaient une anxiété certaine à 6 mois alors qu'elle était absente en début d'étude. 1 avait une anxiété douteuse pour une anxiété absente en début d'étude.

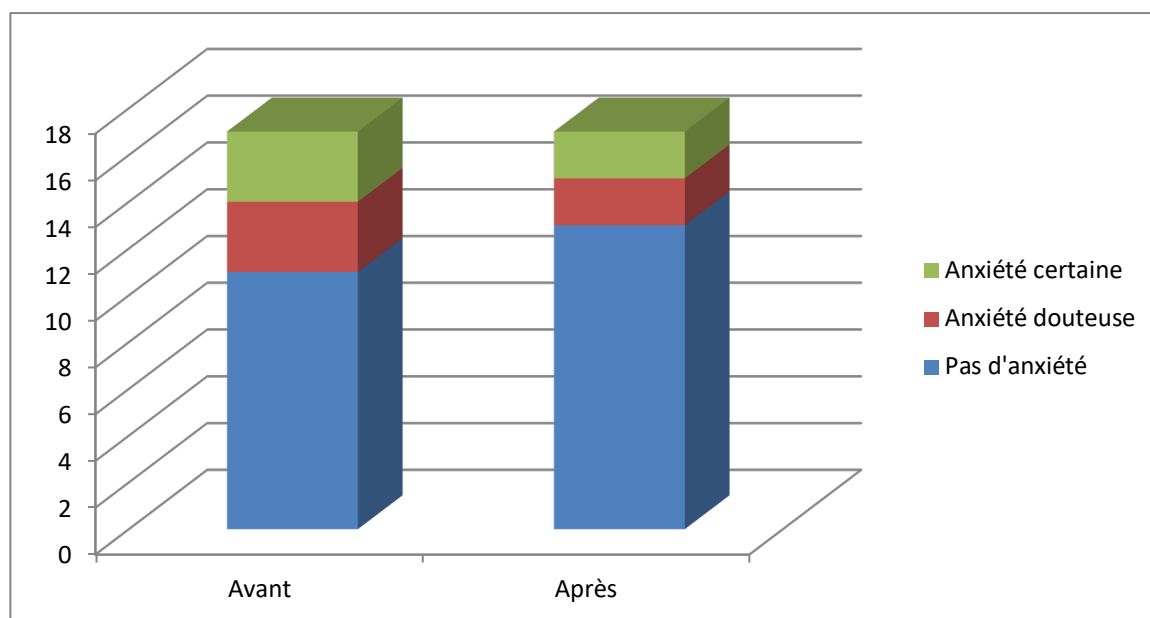


Figure 6 : Niveaux d'anxiété par le test HAD A avant et après l'hypnose

2 patients ont évolué d'une dépression douteuse à absente. 1 patient est passé d'une symptomatologie dépressive absente à douteuse. Il s'agit d'un des patients qui a vu son anxiété augmenter.

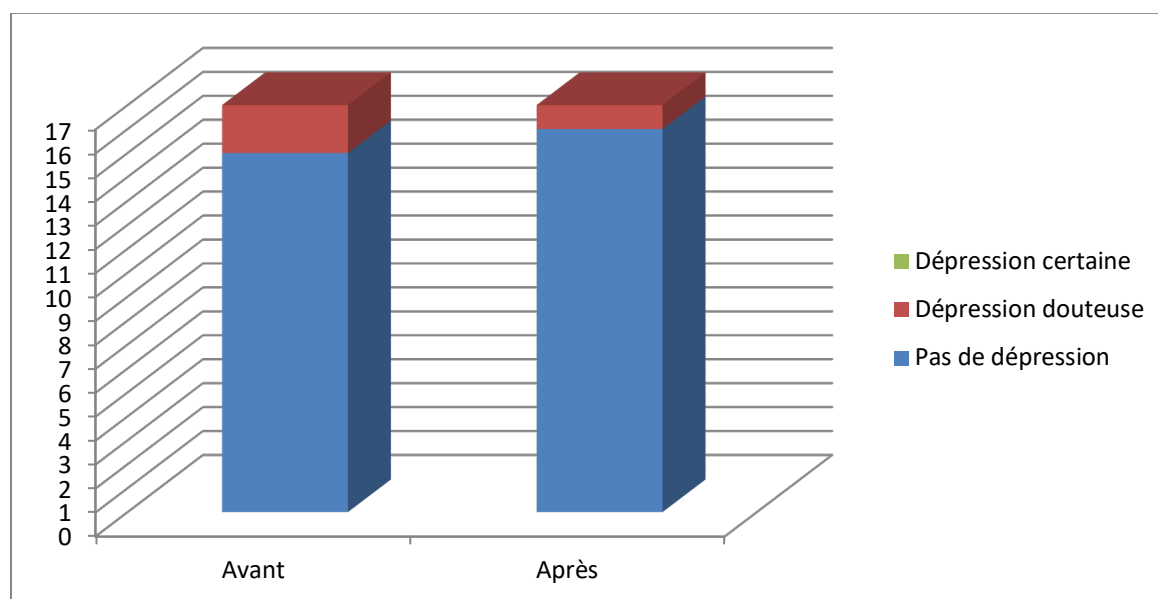


Figure 7 : Niveaux de dépression par le test HAD D avant et après l'hypnose

Discussion

Principaux résultats

Dans cette étude prospective, l'hypnose comme moyen d'aide au sevrage tabagique a permis à 1 sujet d'être sevré du tabac à 6 mois de l'intervention. Chez les patients non sevrés, le niveau de consommation, de dépendance et de dépression a diminué à 6 mois d'une prise en charge par hypnose ericksonnienne.

L'hypnose pour l'arrêt du tabac intéresse des patients des deux sexes et de tous âges. Ils ont été orientés vers cette prise en charge aussi bien par des professionnels de santé que par leur entourage, en première intention ou suite à l'échec des autres techniques de sevrage. Même si initialement la moitié des patients ne souhaitaient qu'arrêter de fumer, 80% en ont tiré un bénéfice sur leur bien-être. La principale attente des patients vis-à-vis de l'hypnose était la diminution du stress. L'hypnose ne présente pas de danger dans cette indication.

Connaissances actuelles du sevrage tabagique et de l'hypnose

L'arrêt de la consommation tabagique est un enjeu majeur de santé publique. Malgré les connaissances sur la morbi-mortalité du tabac, l'INPES compte 13.3 millions de fumeurs quotidiens en France métropolitaine en 2014 (26). Le sevrage au tabac est une addiction dont les différentes thérapeutiques reconnues ont un Odds ratio contre placebo à 1.84 pour les substituts nicotiniques, 1.82 pour le bupropion et 2.88 pour la varenicline (27), ce qui reste faible.

L'hypnose est utilisée dans la prise en charge des addictions pour évaluer et augmenter la motivation à l'arrêt comme le fait l'entretien motivationnel, pour prendre en charge ce symptôme et aussi pour travailler les facteurs émotionnels susceptibles d'avoir généré le comportement addictif (28).

L'hypnose a déjà montré son efficacité dans les domaines de l'analgésie, de l'anesthésie, des troubles digestifs fonctionnels ou de la pédiatrie (29–35). Notre étude permet d'enrichir les données de l'hypnose dans le cadre du sevrage tabagique.

Avantages de l'étude

Tabac et hypnose

Notre étude évalue l'efficacité du sevrage au tabac par l'hypnose ericksonnienne. En effet, après avoir sollicité des médecins généralistes formés aux deux types d'hypnose, seuls les médecins formés dans l'Institut Milton H. Erickson du Rhône ont participé. Cet institut enseigne seulement l'art de l'hypnose ericksonnienne. Notre étude a donc l'avantage d'être plus homogène dans le type d'intervention proposée. Il s'agissait de séances individuelles, multiples et personnalisées à chaque patient,

effectuées par des thérapeutes de la même formation. Les séances restaient quant à elle non protocolaires, principe même de l'hypnose ericksonienne. Dans les études portant sur l'hypnose, il n'est pas précisé le type d'hypnose effectué. Dans les études cliniques, la standardisation de la thérapie permet une reproductibilité ultérieure de l'intervention. Mais cette standardisation ne semble pas adaptée dans les approches complémentaires. Les essais avec une prise en charge personnalisée semblent plus pertinents (36). Notre étude permet donc d'allier une homogénéité des pratiques sans standardisation stricte.

L'hypnose ericksonienne est non directive. Elle permet une prise en charge plus globale du patient que l'hypnose traditionnelle qui sera centrée sur le tabac. Elle nécessite que le patient ait l'envie et la motivation d'effectuer un travail personnel. Cette envie est décrite par certains patients dans les attentes initiales et on retrouve une prise de conscience de la nécessité de travailler sur leurs problématiques en fin d'étude chez d'autres patients. Cette première expérience d'hypnose a permis une découverte et une meilleure compréhension de la technique.

On peut se demander si les médecins formés à l'hypnose traditionnelle auraient de meilleurs résultats dans la prise en charge du tabagisme. En effet, cette technique est directive et le patient peut être plus sous l'influence du thérapeute.

6 patients ont arrêté de fumer puis ont eu une rechute. La dépendance au tabac et le nombre de cigarettes ont significativement diminué en 6 mois. Même si le sevrage tabagique n'est pas complet, l'hypnose semble avoir aidé les patients à réguler leur consommation. Les addictions sont des maladies chroniques où les rechutes sont fréquentes (4). Chaque rechute ne doit pas être considérée comme un échec mais comme une nouvelle étape conduisant vers la guérison. La rechute est une étape normale et fréquente dans la prise en charge des addictions selon le modèle de Prochaska (7). La diminution de la consommation de tabac sans l'aide de traitement valorise la démarche du patient. En diminuant le niveau de dépendance, on peut penser que la prochaine tentative de sevrage sera plus facile et plus durable dans le temps. Le risque de cancer bronchique est proportionnel à la dose fumée (37). On pourrait penser que la diminution du nombre de cigarettes consommées par jour diminuerait aussi le risque de cancer bronchique. Mais il faut nuancer ces propos car la réduction des cigarettes peut être accompagnée d'un changement de la façon de fumer et de l'augmentation du rendement en goudrons (37). Seul un arrêt total de la consommation pourra assurer une diminution des risques de morbi-mortalité.

Il s'agit d'une étude prospective avec évaluation du sevrage tabagique à 6 mois. Les méta-analyses, comme celle de Cochrane, concernant l'efficacité de l'hypnose dans le sevrage au tabac incluent seulement les études qui ont ce même recul sur la technique (20,21).

Le biais d'information a été limité grâce à l'utilisation de tests fiables et standardisés (13,14). Les tests de Fagerström et d'HAD sont des outils internationaux, utilisés dans de nombreuses études.

Il n'y a pas de biais d'investigateurs car les tests effectués en début d'étude n'ont pas été réalisés par le même médecin en fin d'étude. Une seule patiente a refusé d'être jointe par téléphone à 6 mois et souhaitait repasser les évaluations avec son médecin.

Dépression – Anxiété et hypnose

Il s'agit d'une des seules études sur l'hypnose qui associe une évaluation de l'anxiété et de la dépression avec une évaluation de l'efficacité du sevrage. Même si l'arrêt du tabac n'est pas effectif, grâce à cette double évaluation, on peut mesurer les bénéfices des séances d'hypnose ericksonienne sur le niveau de l'anxiété et de la dépression. La seule étude à grand effectif qui prenait en compte l'anxiété et la dépression, évaluait l'efficacité d'une séance unique d'hypnose protocolaire en comparaison avec un groupe témoin relaxation. Dans leur cas, il n'existait pas de différences significatives sur le plan anxiété-dépression mesuré par le Beck Anxiety Inventory et le Beck Depression Inventory (38).

L'hypnose est dans cette étude efficace sur la dépression. Les scores HAD D ont diminué de façon significative. Le nombre de sujets avec une dépendance certaine ou douteuse a régressé en fin d'étude. La diminution du niveau de dépression qui est un des facteurs aggravant la dépendance au tabac (10), peut être considérée comme un premier pas vers la guérison.

La diminution de l'anxiété grâce aux séances d'hypnose n'est pas significative. La moyenne des tests HAD A a diminué à 6 mois mais les paires appariées n'ont pas permis d'objectiver une différence. A noter que 3 patients avaient leurs tests HAD A plus élevés en fin d'étude. Ils ont tous spontanément expliqué la situation particulière dans laquelle ils se trouvaient au moment de l'appel téléphonique du fait de situations de vie qu'ils décrivaient anxiogènes. Ces 3 patients ont pu contrebalancer les résultats des autres participants.

Place de l'hypnose dans le sevrage au tabac

Type de population accédant à l'hypnose

L'hypnose intéresse les deux sexes de tous âges. Autant d'hommes que de femmes ont participé à l'étude. Leurs âges s'étendaient de 26 à 67 ans avec une moyenne à 40 ans.

Leurs motivations à l'arrêt évaluées par l'échelle visuelle analogique étaient toujours supérieures ou égales à la moyenne. On peut se demander si les médecins ont refusé de prendre en charge les patients qui avaient une motivation inférieure à 5/10. En effet pour réussir un sevrage tabagique, il faut que le principal acteur, le patient, ait envie d'y arriver. Le seul patient qui a arrêté de fumer avait une motivation à 8/10 au début de sa prise en charge. Comme la motivation est au centre de la réussite, il semble nécessaire d'augmenter cette motivation avant de commencer toute prise en charge. Aucune étude ni recommandation n'aide à l'interprétation de cette échelle. Un test de motivation en quatre

questions a été élaboré par Lagrue et Légeron pour classer les patients en quatre niveaux de motivation (39) mais que ce soit avec ce test ou l'EVA, aucune étude n'a montré de lien de causalité entre le niveau de motivation et la réussite au sevrage tabagique.

Orientation des patients vers l'hypnose

8 patients se sont tournés vers l'hypnose après échec des différents autres moyens de sevrage reconnus (27).

L'HAS recommande aux professionnels de santé de ne pas proposer l'hypnose comme moyen thérapeutique du sevrage au tabac. Elle autorise seulement à prendre en compte la demande du patient quand elle va dans le sens de l'hypnothérapie (4). Pourtant 11 patients sur 21 ont été orientés vers cette technique par des professionnels de santé qui n'étaient pas tous formés à l'hypnose.

9 patients ont été influencés par leur entourage qui avait une vision positive de l'hypnose par leur propre expérience, par les échos qu'ils avaient eux-mêmes entendus ou par leur propre lecture. En effet, l'hypnose se démocratise et de plus en plus d'articles traitent de ce sujet.

Les attentes de l'hypnose

57% des patients souhaitaient uniquement un sevrage du tabac. Au final, 81% ont trouvé un bénéfice à l'hypnose.

Les autres attentes étaient semblables aux attentes retrouvées dans une thèse concernant l'hypnose : un besoin d'apaisement, de sérénité, de soulagement de leurs douleurs, une prise en charge de leur santé et la nécessité de faire un travail sur soi (40).

6 patients ont spontanément décrit une envie de s'occuper de leur anxiété ou de leur dépression : des symptômes reconnus comme fréquents chez les tabagiques. Ils ont tous diminué leurs scores HAD A et HAD D sauf un qui a son test HAD A stable et un autre qui a le même score HAD D.

Effets secondaires de l'hypnothérapie dans le sevrage au tabac.

Aucune preuve valable de danger de l'hypnose thérapeutique n'a été recensée dans la littérature de façon générale ou plus spécifiquement dans le sevrage tabagique (36,41). Cette étude confirme cet avis.

Pour poser le diagnostic de sevrage à la nicotine, la CIM-10 exige la présence d'au moins deux des signes suivants : une envie impérieuse de tabac (craving), un malaise ou un état de faiblesse, une anxiété, une humeur dysphorique, une irritabilité ou une agitation, une insomnie, une augmentation de l'appétit, une toux, des ulcérations buccales et enfin des difficultés de concentration. Sur les 12 patients qui ont arrêté définitivement, temporairement ou diminué leur consommation de cigarettes, aucun ne répond à cette définition. Seul un patient a décrit une asthénie.

L'arrêt du tabac peut entraîner parfois une prise de poids importante (4). Aucun patient n'a mentionné cet effet secondaire. Un patient dit même avoir perdu du poids.

Un état de détresse psychologique au sens du MH-5 est également lié à une plus grande propension à fumer (2). Ce lien de causalité permet de comprendre la nécessité qu'ont trouvée 3 patients à s'occuper de leur traumatisme pour leur sevrage au tabac. Une psychothérapie, quelle qu'en soit la forme, paraît nécessaire pour mettre en évidence ces événements de vie marquants et pour les traiter, comme le permet l'hypnose.

Les autres effets secondaires physiques positifs semblent directement liés à l'arrêt ou à la diminution de leur tabagisme.

Les effets secondaires psychologiques positifs sont directement en lien avec les attentes décrites.

Certains professionnels de santé pourraient avancer que l'hypnose est délétère dans le sevrage tabagique car elle détourne les patients des techniques reconnues dans ce domaine. Mais l'hypnose peut être associée aux traitements médicamenteux. Elle entre dans le cadre de l'accompagnement psychologique nécessaire au sevrage tabagique. Le soutien psychologique, la guidance, le counselling, les thérapies cognitivo-comportementales et l'entretien motivationnel sont malheureusement des suivis faiblement efficaces. Par exemple, le counselling individuel a un risque relatif à 1.39 (IC = 1.24-1.57) selon Cochrane (15). L'hypnose ne peut donc pas être considérée comme une perte de chance pour les patients.

Faiblesses de l'étude

L'hypnose ericksonienne n'est pas significativement efficace dans le sevrage au tabac, dans cette étude à faible échantillon aggravé par les perdus de vue. L'hypothèse de l'action de l'hypnose dans l'arrêt du tabac ne peut être définitivement écartée devant la faible puissance de l'évaluation. Les études précédentes sur ce sujet concluent d'ailleurs plus souvent à une efficacité ou à une incapacité à conclure qu'à une inefficacité (42).

La participation des médecins à l'étude était volontaire et bénévole. La phase d'inclusion d'un patient était composée de trois tests et du recueil de nombreuses autres données. Cette phase qui a pu être évaluée à 7 minutes est déjà longue pour une consultation de médecine générale de 18 minutes (43). Les deux tests et l'échelle sont les plus longs à exécuter mais ils font normalement partie de la consultation initiale lors d'une demande de sevrage tabagique (4). Malgré tout, il a été montré qu'en consultation de médecine générale, seulement 26% des médecins exécutent le test de Fagerstrom, 2% le test HAD et 8% l'évaluation de la motivation (44). Après une période d'inclusions d'un an, le nombre de patients participant est resté faible ce qui conduit à une étude de faible niveau de preuve. De plus, certains médecins généralistes n'ont pas effectué toutes les étapes de la phase d'inclusion.

Le nombre de patients varie donc dans les différentes analyses et diminue par rapport au nombre de patients inclus pour l'analyse du sevrage tabagique. Les médecins généralistes participent rarement à des études cliniques et ne maîtrisent pas bien la méthodologie des études qui est stricte pour obtenir une étude de bonne qualité. Pris par le temps, ils peuvent présenter des difficultés à participer aux études ou à assembler tous les éléments nécessaires au bon déroulement de l'étude.

Il existe un biais d'attrition. Le nombre de perdus de vue reste important. Pour évaluer l'efficacité du sevrage tous les patients ont été rappelés à 6 mois de leur dernière séance d'hypnose. Les patients étaient tous en prise en charge ambulatoire et ne pouvaient donc être joints que par téléphone par les investigateurs. Le téléphone peut paraître un moyen simple de communication sauf en cas de refus de répondre ou de faux numéro.

Il existe un biais de sélection. Devant cette méthode longue et décourageante pour les patients comme pour les médecins, seuls les plus motivés ont participé. De plus, on peut se demander si les patients qui n'ont pas répondu à 6 mois de leur prise en charge, se sont désintéressés de l'étude devant l'absence d'efficacité ressentie.

Il existe un biais d'information. Toutes les réponses étaient déclaratives. Par manque de moyens, le dosage de monoxyde de carbone n'a pas été effectué. Il aurait permis d'objectiver l'arrêt et la diminution de la consommation tabagique des patients. A noter, qu'aucune étude sur ce sujet ne pratique ce test diagnostique. De plus, la mesure des variables est hétérogène. La première fois, les tests étaient réalisés en consultation face à face et la deuxième fois par téléphone. Il est donc nécessaire de nuancer la comparaison de ces variables relevées dans deux conditions différentes.

Une des faiblesses de l'étude tient au manque de représentativité de l'échantillon. En effet, les patients étaient à l'inclusion moins dépendants à la nicotine que dans la population générale (10). A cause du faible effectif, la répartition des niveaux d'anxiété et de dépression en fonction de l'importance de la dépendance du patient n'était pas similaire à la population de référence (10). Par ailleurs, ils étaient 94% à fumer plus de dix cigarettes par jour contre 68% estimé en 2014 (26).

Conclusion

La faible force de l'étude ne permet pas de conclure que l'hypnose est efficace dans le sevrage au tabac.

L'hypnose reste une piste intéressante pour la prise en charge du sevrage tabagique par ses bénéfices sur la consommation du tabac, le niveau de dépendance et de dépression. Il est nécessaire de produire des études à plus grandes échelles pour confirmer son efficacité et ses avantages.

Déclaration des conflits d'intérêts

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant le contenu de cette thèse.

Bibliographie

1. Lebargy F, Becquart L-A, Picavet B. Épidémiologie du tabagisme. Aide à l'arrêt du tabac. EMC - Med. 2005 Jan 1;2(2).
2. Guignard R, Beck F, Richard J-B, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France : analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Saint-Denis, Inpes, coll. Baromètres santé; 2013.
3. Guignard R, Beck F, Richard J-B, Lermenier A, Wilquin J-L, Viet N-T. La consommation de tabac en France en 2014: caractéristiques et évolutions récentes. *Evolution*. 2015 Jan;(31):1–6.
4. HAS. Recommandation de bonne pratique Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014.
5. Hill C. Epidémiologie du tabagisme. *Rev Prat*. 2012 Mar 16;(3):325.
6. Monteil R-A, Université et CHU de Nice. Les bases biologiques de la dépendance au tabac: comprendre pour lutter plus efficacement. *J Ordre Dent Qué*. 2010 juin / juillet;47(3):7–19.
7. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992;47(9):1102–14.
8. Mykletun A, Overland S, Edvard Aar L, Liab H-M, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: Evidence from a large population survey: The HUNT study. *Eur Psychiatry*. 2008 Mar;23(2):77–84.
9. Breslau N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet*. 1995 Mar;25(2):95–101.
10. Chettoum A, Frih H, Djenidi R, Ali Rachedi B, Tahraoui A. Relationship between the Degree of Dependence to Nicotine, and the Anxio-Depressive Levels, According to Fagerstrom Test of Nicotine Dependence and HADS Test. *Open J Psychiatry*. 2012 Jul 1;2(3).
11. Lagrue G, Dupont P, Fakhfakh R. Troubles anxieux et dépressifs dans la dépendance tabagique. *L'Encéphale*. 2002 Sep;28(4):374–7.
12. Salín-Pascual RJ, Drucker-Colín R. A novel effect of nicotine on mood and sleep in major depression. *Neuroreport*. 1998 Jan 5;9(1):57–60.
13. Etter J-F, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction*. 1999 Feb 1;94(2):269–81.
14. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Juin;67(6):361–70.
15. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Libr*. 2008;(Issue 4).
16. Viswesvaran C, Schmidt FL. A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *J Appl Psychol*. 1992;77(4):554–61.
17. Davoli M, Minozzi S. Summary of systematic revisions of the efficacy of smoking cessation therapy. *Epidemiol Prev*. 2002 Nov;26(6):287–92.

18. Lagrue G, Aubin H. Les thérapies cognitivo-comportementales dans la prise en charge de la dépendance tabagique. Flammarion éd. Paris 2006; 450-8 p. (In Reynaud M. Traité d'addictologie).
19. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. *Tob Control*. 1995 Jun;4(2):162–9.
20. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Oct 6;(10).
21. Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, Pilote L, Eisenberg MJ. Alternative smoking cessation aids: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med*. 2012 Jun 1;125(6).
22. Carlon M, Bernardin M. L'hypnose médicale [Internet]. Pôle Anesthésie - Réanimation et Neurosciences Cliniques presented at; 2013 Oct 9 [cited 2016 Jun 24]; CHU NICE. Available from: https://extranet.chu-nice.fr/prod-iade/uploads/Prod_iade/smartsection/999_Hypnose-medicale-2013.pdf
23. Erickson MH, Rossi EL. Traité pratique de l'hypnose: La suggestion indirecte en hypnose clinique. 1ère édition. Paris: Grancher; 2006.
24. Sood A, Ebbert JO, Sood R, Stevens SR. Complementary treatments for tobacco cessation: a survey. *Nicotine Tob Res*. 2006 décembre;8(6):767–71.
25. ANAES, Paris. Conférence de consensus. Arrêt de la consommation de tabac. Hôp Pitié-Salpêtrière - Amphithéâtre Charcot. 1998 Oct 8;26.
26. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *Tendances*. 2015 Mar;(99):1–7.
27. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(5).
28. Coste J-M. Place des thérapies basées sur “ un état de conscience modifié” dans le champs des addictions. *Dépendances*. mai;(52):10–3.
29. Oberoi J, Panda A, Garg I. Effect of Hypnosis During Administration of Local Anesthesia in Six- to 16-year-old Children. *Pediatr Dent*. 2016 Apr;38(2):112–5.
30. Shoushtarian M, Sahinovic M, Absalom A, Kalmar A, Vereecke H, Liley D, et al. Comparisons of Electroencephalographically Derived Measures of Hypnosis and Antinociception in Response to Standardized Stimuli During Target-Controlled Propofol-Remifentanil Anesthesia. *Anesth Analg*. 2016 Feb;122(2):382–92.
31. Birnie KA, Noel M, Parker JA, Chambers CT, Uman LS, Kisely SR, et al. Systematic Review and Meta-Analysis of Distraction and Hypnosis for Needle-Related Pain and Distress in Children and Adolescents. *J Pediatr Psychol*. 2014 Sep;39(8):783–808.
32. Häuser W, Hagl M, Schmierer A, Hansen E. The Efficacy, Safety and Applications of Medical Hypnosis. *Dtsch Arzteblatt Int*. 2016 Apr 29;113(17):289–96.
33. Mahler T. Education and Hypnosis for Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders (FGIDs) in Pediatrics. *Am J Clin Hypn*. 2015;58(1):115–28.
34. Adinolfi B, Gava N. Controlled outcome studies of child clinical hypnosis. *Acta Bio Medica*. 2013 Sep 1;84(2):94–7.
35. Iglesias A. Pediatric emotional dysregulation and behavioral disruptiveness treated with hypnosis: a time-series design. *Int J Clin Exp Hypn*. 2014;62(1):70–83.

36. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. INSERM U1178; 2015.
37. Hill C, Laplanche A. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. BEH Numéro Thématique JOURNEE Mond Tab. 2003 mai;(22-23):100.
38. 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 Dec 23;13(1):1-9.
39. Aubin H-J, Lagrue G, Legeron P, Azoulaï G, Pelissolo S, Humbert R, et al. Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT) : Construction et validation = Smoking cessation motivation questionnaire (Q-MAT). *Alcoologie Addictologie*. 2004;26(4):311-6.
40. Guichard J. Ressenti des patients sur l'hypnose en médecine générale. Enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de patients, certains en ayant eu l'expérience et d'autres ne connaissant pas l'hypnose. THESE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1 FACULTÉ DE MEDECINE; 2013.
41. Erickson MH. Etude par l'hypnose des processus psychodynamiques. SATAS. (L'Intégrale des Articles de Milton H. Erickson sur l'Hypnose; vol. Tome III, page 6).
42. Heydari G, Masjedi M, Ahmady AE, Leischow SJ, Lando HA, Shadmehr MB, et al. A Comparative Study on Tobacco Cessation Methods: A Quantitative Systematic Review. *Int J Prev Med*. 2014 Jun 1;5(6).
43. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. *Etudes Résultats*. 2012 Mar;(797):1-8.
44. Le médecin généraliste face à un patient fumeur: Comment sont dépistés le tabagisme et ses conséquences respiratoires. *Rev Prat Médecine Générale*. 2002;(571):600-4.

Listes des tableaux

Tableau 1 : Evolution des variables de la consommation et de la dépendance.....	26
Tableau 2 : Evolution des variables des niveaux d'anxiété et de dépression	26
Tableau 3 : Résultats des tests avant et après hypnothérapie pour les 21 patients inclus	28
Tableau 4 : Comparaison des variables de consommation, de dépendance, de motivation, d'anxiété et de dépression	29

Listes des figures

Figure 1 : Diagramme de Flux	24
Figure 2 : Les orientations conduisant à l'hypnose.....	25
Figure 3 : Les attentes accompagnant le souhait d'un sevrage tabagique	25
Figure 4 : Les effets secondaires positifs décrits par les patients	27
Figure 5 : Niveaux de dépendance par le test de Fagerstrom avant et après hypnose	30
Figure 6 : Niveaux d'anxiété par le test HAD A avant et après l'hypnose.....	31
Figure 7 : Niveaux de dépression par le test HAD D avant et après hypnose	31

Annexes

Annexe 1 : Test de Fagerstrom	45
Annexe 2 : Echelle Visuelle Analogique de la motivation	46
Annexe 3 : Hospital Anxiety and Depression Scale.....	47

Annexe 1 : Test de Fagerstrom

Test de Fagerström en six questions

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?

a. Dans les 5 minutes	3
b. 6 - 30 minutes	2
c. 31 - 60 minutes	1
d. Plus de 60 minutes	0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)

a. Oui	1
b. Non	0
3. À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

a. À la première de la journée	1
b. À une autre	0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

a. 10 ou moins	0
b. 11 à 20	1
c. 21 à 30	2
d. 31 ou plus	3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

a. Oui	1
b. Non	0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

a. Oui	1
b. Non	0

Interprétation selon les auteurs :

- entre 0 et 2 : pas de dépendance ;
- entre 3 et 4 : dépendance faible ;
- entre 5 et 6 : dépendance moyenne ;
- entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

Références : Heatherton et coll., 1991, Fagerström 2012.

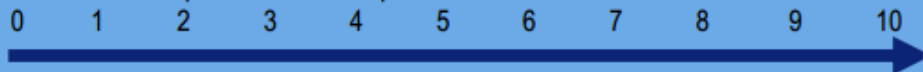
Annexe 2 : Echelle Visuelle Analogique de la motivation

Échelle analogique d'évaluation de la motivation

À quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?

- Placez-vous sur une échelle de 1 à 10
0 signifie : « Ce n'est pas du tout important ».
10 signifie : « C'est extrêmement important ».

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse :



Annexe 3 : 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).

<p>1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La plupart du temps 3 - Souvent 2 - De temps en temps 1 - Jamais 0 <p>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, tout autant 0 - Pas autant 1 - Un peu seulement 2 - Presque plus 3 <p>3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant que par le passé 0 - Plus autant qu'avant 1 - Vraiment moins qu'avant 2 - Plus du tout 3 <p>5. Je me fais du souci</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0 <p>6. Je suis de bonne humeur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 3 - Rarement 2 - Assez souvent 1 - La plupart du temps 0 <p>7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3 	<p>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0 <p>9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 0 - Parfois 1 - Assez souvent 2 - Très souvent 3 <p>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, c'est tout à fait le cas 3 - Un peu 2 - Pas tellement 1 - Pas du tout 0 <p>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant qu'avant 0 - Un peu moins qu'avant 1 - Bien moins qu'avant 2 - Presque jamais 3 <p>13. J'éprouve des sensations soudaines de panique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraiment très souvent 3 - Assez souvent 2 - Pas très souvent 1 - Jamais 0 <p>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très rarement 3
--	---

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

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

MONTEIRO, Lydie.- Étude pilote d'évaluation de l'efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique

46 feuilles, 4 tableaux, 7 figures, 30 cm. Thèse : Médecine Générale ; Rennes 1; 2016 ; N° .

Contexte : Le tabagisme est un problème de santé publique engageant le pronostic vital et fonctionnel. L'anxiété et la dépression sont des symptômes plus fréquents et plus importants chez les fumeurs que dans la population générale. L'hypnose est utilisée par de nombreux fumeurs qui souhaitent se sevrer du tabac même si cette technique n'est pas recommandée dans le sevrage tabagique par l'HAS.

Objectif : L'efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique a été évaluée dans une étude prospective interventionnelle non contrôlée dans une cohorte de patients souhaitant arrêter de fumer par hypnothérapie. Une étude descriptive a été associée pour décrire la population qui accède à cette technique.

Méthodologie : Le critère principal de jugement était le sevrage tabagique à 6 mois de la fin de leur hypnothérapie. Les critères secondaires étaient l'évaluation de la consommation, de la dépendance, de l'anxiété et de la dépression par les tests de Fagerström et de l'HAD, à 6 mois de leur dernière séance d'hypnose. Les données socio-démographiques, la motivation, l'orientation, les attentes et les effets secondaires étaient recherchés chez chaque patient. Des médecins formés à l'hypnothérapie ont inclus du 01 juin 2014 au 31 mai 2015 tous les patients souhaitant pour la première fois un sevrage tabagique par cette technique.

Résultats : 21 patients ont été inclus par 7 médecins. Un patient a arrêté de fumer à 6 mois. Le nombre de cigarettes fumées par jour, le score de Fagerström et le score HAD D ont significativement diminué à 6 mois de leurs hypnothérapies (respectivement $p = 0.013$; 0.004 et 0.009). Autant d'hommes que de femmes de 26 à 67 ans ont participé à l'étude. Ils étaient tous motivés à plus de 5/10 (moyenne 7.5). Ils ont essentiellement été orientés vers l'hypnose par des professionnels de santé ou leur entourage. Les autres attentes étaient centrées sur leur bien-être. Elles ont été retrouvées dans les effets secondaires positifs. Il n'y a pas eu d'effets secondaires négatifs.

Conclusion : La thérapie utilisant l'hypnose ericksonienne est bénéfique sur le plan de la dépendance et de la dépression, et sans danger. Il serait intéressant de produire des études de plus grandes puissances pour affirmer l'efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Addiction ; Efficacité ; Hypnose ; Médecine Générale ; Sevrage tabagique

Mots-clés anglais MeSH : Behavior, Addictive ; Efficiency ; Hypnosis ; General Practice ; Smoking Cessation