

Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 28 septembre 2018

Par **Guillaume LOURMIERE**

Né le 20 mai 1988, à Toulouse

Intérêt du traitement par hypnose versus traitement de substitution nicotinique sur l'intensité du syndrome de sevrage tabagique : présentation de l'étude HYPNO-TSN-S et rapport des premières observations cliniques

Thèse dirigée par le Professeur Philippe NUBUKPO

Examineurs :

M. le Professeur Jean-Pierre CLÉMENTPrésident
M. le Professeur Philippe NUBUKPO Directeur de thèse
M. le Professeur Boris MELLONI..... Juge
M. le Docteur Benjamin CALVET Juge
Mme le Docteur Emilie LEGROS-LAFARGE.....Co-directrice de thèse
M. le Docteur Jean-Jacques TIMON Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 28 septembre 2018

Par **Guillaume LOURMIERE**

Né le 20 mai 1988, à Toulouse

Intérêt du traitement par hypnose versus traitement de substitution nicotinique sur l'intensité du syndrome de sevrage tabagique : présentation de l'étude HYPNO-TSN-S et rapport des premières observations cliniques

Thèse dirigée par le Professeur Philippe NUBUKPO

Examineurs :

M. le Professeur Jean-Pierre CLÉMENTPrésident
M. le Professeur Philippe NUBUKPO Directeur de thèse
M. le Professeur Boris MELLONI..... Juge
M. le Docteur Benjamin CALVET Juge
Mme le Docteur Emilie LEGROS-LAFARGECo-directrice de thèse
M. le Docteur Jean-Jacques TIMON Membre invité



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 1^{er} septembre 2017

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L. (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

CHABLE Hélène

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
(Retraite au 31-07-2018)

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

MURAT Jean-Benjamin

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

QUELVEN-BERTIN Isabelle

BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TCHALLA Achille

GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel (Maintenu en fonction jusqu'au 31.08.2019)

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique (du 1^{er} septembre 2016 au 12 janvier 2018)

PREVOST Martine (du 1^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan (du 1^{er} septembre 2016 au 31 août 2019)

LAUCHET Nadège (du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule (du 1^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2017 au 31.08.2019

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

BONNAUD François du 01.09.2017 au 31.08.2019

DE LUMLEY WOODYEAR Lionel du 01.09.2017 au 31.08.2019

DENIS François du 01.09.2017 au 31.08.2019

GAINANT Alain du 01.09.2017 au 31.08.2019

MERLE Louis du 01.09.2017 au 31.08.2019

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2018

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2018

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2017

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BASTIEN Frédéric	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
BAUDRIER Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
CHARPENTIER Mathieu	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAUTHIER François	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
KONG Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LARRADET Matthieu	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE (Démission à compter du 1 ^{er} janvier 2018)
LEGRAS Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2017 au 20 février 2018 inclus)
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

AZAÏS Julie	MEDECINE INTERNE A
BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE
BIDAUT-GARNIER Mélanie	OPHTALMOLOGIE (A compter du 11 mai 2016)
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BOUKEFFA Nejma	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE (A compter du 09 janvier 2017)

CHAMPIGNY Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COLOMBIÉ Stéphanie	MEDECINE INTERNE A (A compter du 02 mai 2017)
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
CROSSE Julien	PEDIATRIE
DANTHU Clément	NEPHROLOGIE
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE (A compter du 02 mai 2017)
DIDOT Valérian	CARDIOLOGIE
DUSSAULT-JARLAN Lucile	CARDIOLOGIE
EVARD Bruno	REANIMATION
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GORDIENCO Alen	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
GOUDELIN Marine	REANIMATION
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACHATRE Denis	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE

LATHIERE Thomas	OPHTALMOLOGIE
LEHMAN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
LEPETIT Hugo	GASTROENTEROLOGIE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE
PRUD'HOMME Romain	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
RAMIN Lionel	ORL
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
ROUSSELLET Olivier	NEUROLOGIE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE (Démission à compter du 23 décembre 2017)
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SANGLIER Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
TAÏBI Abdelkader	ANATOMIE
USSEGLIO-GROSSO Julie	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
VAYSSE VIC Mathieu	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
VITAL Pauline	MEDECINE INTERNE B
VITALE Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

DOIN Corinne

RUDELLE Karen

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin
CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)

LERAT Justine

O.R.L. (du 1^{er} mai 2016 au 31 octobre 2020)

MATHIEU Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE
(du 1^{er} mai 2016 au 31 octobre 2020)

Remerciements

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLÉMENT,

*Professeur des Universités de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Agée
(CHU de Limoges)
Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Agée
(CH Esquirol, Limoges)
Praticien Hospitalier
Président du jury*

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Vos conseils ont été très précieux tout au long de ces années et le sont toujours. Votre motivation sans faille pour faire valoir tout le potentiel de la psychiatrie en Limousin est exemplaire. Grâce à vous nous pouvons aiguïser notre approche de la psychiatrie de la personne âgée et avoir une formation d'internat de qualité. Chaque année les étudiants sont plus nombreux pour venir se former à Limoges, vous en êtes le principal garant.

Votre investissement auprès de vos patients ainsi que de vos élèves est incomparable. Nous ne pouvons que vous en remercier.

Nous espérons que ce travail sera à la hauteur de vos attentes, qu'il soit le témoignage de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO,

***Professeur des Universités de Psychiatrie et d'Addictologie (CHU de Limoges)
Chef du Pôle Universitaire d'Addictologie en Limousin (CH Esquirol, Limoges)
Praticien Hospitalier
Directeur de thèse***

Je vous remercie pour votre gentillesse et votre dévouement. J'ai pu constater vos qualités humaines au cours de mes stages et de votre accompagnement dans ce projet de thèse. Votre savoir est précieux et vous savez le faire partager.

Vous êtes un atout essentiel pour notre formation et un atout pour les patients que vous accompagnez. Merci pour vos rires et votre optimisme.

L'estime que nous avons de vous ne reflète pas assez la modestie dont vous faites preuve au quotidien. J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes.

Veillez trouver à travers ces pages la gratitude que je vous porte.

Monsieur le Professeur Boris MELLONI,

***Professeur des Universités de Pneumologie
Praticien Hospitalier
Responsable de service***

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse et je vous en remercie.

J'ai eu la chance de constater lors de mon stage à la psychiatrie de liaison votre bonne humeur dans le service de pneumologie et l'estime que les internes de pneumologie ont pour vous. Cela traduit bien les qualités personnelles et professionnelles dont vous faites preuve. C'est un grand plaisir que d'avoir votre expertise pour ce travail de thèse.

J'espère que ce travail permettra un échange enrichissant entre la pneumologie et la psychiatrie.

Vous trouverez ici l'expression de mon respect et de ma profonde considération.

Monsieur le Docteur Benjamin CALVET,

Psychiatre des hôpitaux - Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Âgée (Centre Jean-Marie Léger et Centre Mémoire de Ressources et de Recherche du Limousin, CH Esquirol, Limoges)

Praticien hospitalier - Responsable de l'Unité de Recherche et de Neurostimulation (CH Esquirol, Limoges)

Je te remercie Benjamin d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse.

Sache que j'admire ton implication massive et complète dans ton métier. Tu fais partie des figures essentielles de notre formation d'internat et de l'internat. Tes compétences professionnelles et ta pédagogie sont connus de tous.

C'est un plaisir que d'avoir fait mon parcours d'internat en ta présence.

Soit certain de l'estime que je te porte. J'espère que ce travail sera à la hauteur de tes attentes.

Madame le Docteur Émilie LEGROS-LAFARGE,

Psychiatre des hôpitaux - Psychiatre du Pôle territoire du CH Esquirol

Praticien hospitalier

Co-directrice de thèse

C'est un honneur que tu m'as fait de m'aider à construire ce travail de thèse tout comme celui d'accepter de siéger dans mon jury de thèse.

Tes qualités de médecins sont une source d'exemple. J'admire ton savoir et tes capacités d'empathie. Je ne sais toujours pas comment tu arrives à gérer tout ce que tu fais et à le faire si bien.

Cela a été un réel plaisir de partager certaines réflexions autour de ce travail avec toi et d'avoir reçu tes enseignements pour l'hypnose.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de ton implication et de tes attentes.

Monsieur le Docteur Jean-Jacques TIMON,

***Psychiatre des hôpitaux – Psychiatre du Pôle Universitaire d’addictologie du Limousin
Praticien hospitalier
Responsable de service***

Merci Jean-Jacques de siéger à ce jury de thèse.

Je te remercie de m’avoir appris, par ta manière d’être, comment mieux traiter les patients en étant en accord avec soi-même. Merci également pour tous ces moments de réflexions et de rires.

Sache que j’apprécie le travail que tu accomplis au pôle addictologique. Notamment dans ta façon d’aborder les équipes en les respectant sans concession.

J’espère que ce travail comblera tes attentes et traduira le plaisir que j’ai eu de passer en stage avec toi.

Je souhaite également remercier :

Je souhaite remercier en premier lieu, l'ensemble des personnes qui ont permis de monter cette étude et de la poursuivre au moment où j'écris ces lignes.

Je tiens à remercier l'équipe de l'unité de recherche du Centre Hospitalier Esquirol. Je pense notamment à Murielle Girard et Michelle Bouchareychas pour leur disponibilité et pour leurs conseils avisés. Mais également à l'équipe de la pharmacie du CH Esquirol pour leur motivation pour cette étude, je pense notamment à Nathalie Gasnier que je remercie. Je remercie tous les médecins généralistes qui participent à l'étude pour leur aide et leurs conseils. Je tiens à remercier Xavier Borie et Dominique Puissant au secrétariat du pôle addictologique pour leur implication.

Je remercie tous les thérapeutes qui ont accepté de participer à cette étude.

Je souhaite tout particulièrement adresser mes remerciements à Antoine Collin, pour sa bienveillance, pour ses compétences et pour ses enseignements. Mais également pour Pascal Quintard, pour son optimisme débordant et ses capacités de soins.

Il me semble important de remercier tous les auteurs et chercheurs évoqués dans les références qui ont apporté méticuleusement de précieux morceaux de savoirs permettant les avancées actuelles sur le sujet et celles à venir. Je pense notamment au Dr Philippe Aïm, au Dr Jean-Marc Benhaiem, au Dr Yves Doutrelugne, au Dr Dominique Megglé, au Dr Daniel Quin et au Dr Pascal Vesproumis que je remercie pour avoir accepté que je m'inspire de certains de leurs travaux pour façonner le protocole d'hypnose. Je tiens également à remercier le Dr Jean-François Etter et le Dr Ivan Berlin qui ont accepté que nous utilisions leurs échelles de mesure.

Je remercie une nouvelle fois le Pr. Philippe Nubukpo : un grand merci Philippe pour ce soutien constant et la motivation que tu m'as donné au cours de ces derniers mois.

Je remercie tous les patients qui ont et vont accepter de participer à cette étude. En espérant que cette étude aura permis aux patients d'atteindre leurs objectifs, avec une expérience de sevrage positive et potentiellement un arrêt du tabac.

Merci à toutes les personnes qui ont rendu possible ce projet, qui se reconnaîtront à travers ces remerciements.

Il me serait facile et rapide de faire les remerciements, étape clés d'une thèse, en les faisant à la « Miss France » :

« Je remercie mes parents sans qui je ne serais pas là, mes amis qui sont toujours là quand il le faut sans oublier que je souhaite la paix dans le monde. »

Car en plus, c'est vrai.

Cependant, sachant que la majorité des gens ne lisent que cette partie après le titre, je me dois de l'étoffer à minima.

Je remercie mes parents, pour leur soutien et leur éducation.

Sans vous je n'en serais pas là.

Je vous souhaite le meilleur du fond du cœur.

Ça été un réel plaisir de travailler à Esquirol. Ce plaisir a été possible grâce aux personnes rencontrées lors de mes différents stages. Je remercie les équipes de Sutter, de Widlöcher, de Deniker, d'Henri Ey, de l'EAP, de la Liaison, de l'EMESPA/CPA, des pavillons en garde et de l'UHMB. Il est inutile de dire combien il a été important de partager ces moments de travail et de fête avec vous. Merci à tous les infirmier(e)s, psychologues, assistant(e)s-sociaux, ASH, aide-soignant(e)s, et secrétaires qui se reconnaîtront. Sans vous nous ne serions pas une équipe ! Merci pour votre soutien, vos échanges et vos blagues variées qui ont ponctué mon internat. Mention spécial au grimpeur du millimètre et au semi-fragile/semi-surinvestit !

Je tiens à remercier l'ensemble des psychiatres qui m'ont permis de me construire dans mon internat et d'avancer sur le plan humain. Je pense notamment à Agnès, avec qui ça a été un plaisir de travailler. A Éric, grand psychiatre et excellent enseignant (mais avant tout un pro des BD !). A Mirvat avec sa spontanéité, son absence de filtre à l'internat et sa capacité à lâcher « Bon maintenant ça suffit ! » quand il le faut. A Fabien L., pour ses conseils, sa simplicité et ses excellentes compétences humaine. A Émilie R, pour son naturel, son soutien et ses ventes privées. Mention spéciale également à tous les autres psychiatres que j'ai en tête : Isabelle, Élodie, Guillaume, Sophie, Maurice, Hervé, Jean-François, Sylvain,... Et mes chefs actuels dont je m'inspire grandement. Sans oublier, tous ceux que j'oublie dans ce petit paragraphe.

Je remercie tous les internes et anciens internes, qui m'ont permis à leur manière respective, de me faire avancer et de me faire grandir. Ne m'en voulez pas si je ne fais pas une liste complète car ce serait trop long de résumer tous ces moments et ces échanges que l'on a eu. Sachez que votre rencontre garde une empreinte dans ma mémoire et ma construction.

Je tiens tout de même à remercier plus particulièrement certains filous. Charles, pour cette première barquette de purée post JML et ces quatre années qui sont vites passées (c'était chouette, ouhou). Pierre-Olivier, pour mon premier Noël à Limoges et mon premier stage à Sutter. Bertrand, pour son petit train, le fait qu'il soit Batman et qu'il tolère le café. Jafar, pour ses caresses.

Pour Tristan, c'est plus compliqué car nous sommes dans la partie remerciement, il n'y a pas de partie non remerciement. Non remerciement pour les Unlock! Mais que je remercie pour toutes les escapades sportives (escalade, foot, wakeboard, palet, barbecue...) et sa motivation constante pour faire bouger les choses, à l'internat ou avec les étudiants. Vous allez être d'excellent parents avec Pauline, que je remercie au passage. Je remercie également Josefa, pour sa façon d'être et sa bonne humeur (on espère te voir bientôt au soleil !). Mathieu (maillon fort de l'internat), que je remercie pour ses conseils et ses nombreux talents associés à une personnalité stimulante. Benjamin C. que je remercie une nouvelle fois mais cette fois ci pour sa tête déconfite du lundi midi à lorsqu'il découvre les légumes de l'internat qui s'oppose aux sifflements traditionnels du vendredi midi en pré-week-end. Thomas, futur papa, que je remercie pour son rang de concurrent à Towerfall et pour sa gentillesse (et son skill au wakeboard). Je pense bien sûr à Julie M. (à qui je souhaite de trouver un bon équilibre et de pouvoir s'épanouir), Lucia (et sa petite famille !), Marine (la mangeuse), Natacha (la buveuse), Odile (Odile), Meriem, Alexandra, Victor (c'est un régal les midis sur le plan du respect), Fabien, Henri (pro-gamer de LOL mais bientôt pro-motard), Caroline (avec sa faculté à toujours manger au soleil), Marie, Julie (oh putain !), Aurélie M. (poney !), Arnaud (le coureur hypomane qui fait du bon café), Tiphaine... Et tous les autres sans exception, je ne vous cite pas mais sachez que vous m'êtes cher.

Je remercie intensément les internes des nouvelles promos qui font vivre l'internat et leurs différents exploits (des bêtises).

Je remercie du fond du cœur mes amis. Clément, Manon, Thomas (tu n'es plus une pièce rapportée, c'est dans une thèse), Leila, Dominique, Aude, Loris, Rody, Rémi, Charlotte, Germain, Gaby, Félix, Pauline, Alex, Maïté, Liza, Marie-Laure, Mathilde, Mumu, Lucas... Nous nous voyons trop peu. Pas besoin d'en dire plus, vaut mieux le vivre.

Je remercie mon frère, que j'admire énormément. J'ai de la chance de d'avoir petit frère !

Et bien sur ma belle-sœur ! On voyage quand tous les quatre ?

Marion, je ne te remercierai jamais assez pour ton amour. Si l'internat a été si beau c'est grâce à toi. Je ne demande qu'à poursuivre ce chemin. Faire notre thèse ensemble nous a encore plus uni et fût une belle expérience, c'est le moment d'en vivre d'autres...

Je n'oublie pas les petits poissons méditerranéens qui ont ponctué la construction de la première partie (et certains repas !). Ma belle-famille que j'apprécie énormément en totalité, c'est une chance de vous connaître. Merci à JM & MA.

Pour finir, je souhaite avoir une pensée émue pour ces tonnes de café, mortes dans la bataille des derniers jours ; sans qui rien ne serait possible.

« Un objectif sans date est juste un rêve. »

Milton H. Erickson

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Table des illustrations	28
Table des tableaux	29
Abréviations	30
Introduction	31
Partie I : Généralités	33
I.1. <u>L'hypnose</u>	33
I.1.1. Histoire de l'hypnose	33
I.1.1.1. Où se situe l'aube de l'hypnose ?	33
I.1.1.2. L'hypnose animale (XVIII ^e siècle)	34
I.1.1.3. L'embrasement de l'hypnose jusqu'aux cendres (XIX ^e siècle)	37
I.1.1.4. L'hypnose telle un phénix (XX ^e siècle)	47
I.1.1.5. L'hypnose contemporaine	49
I.1.1.6. La filiation avec le développement des thérapies brèves	51
I.1.2. Définition de l'hypnose	52
I.1.3. Les composantes de l'hypnose	55
I.1.3.1. L'induction	55
I.1.3.2. Les suggestions hypnotiques	58
I.1.3.3. Les phénomènes hypnotiques	61
I.1.3.4. Les signes cliniques de la transe hypnotique	65
I.1.4. L'autohypnose	66
I.1.5. Relations et interactions avec le thérapeute	66
I.1.6. Hypnose et neurosciences	69
I.1.6.1. Électroencéphalographie	69
I.1.6.2. Imageries fonctionnelles	69
I.1.7. Les indications de l'hypnose	73
I.1.8. Les contre-indications de l'hypnose	76
I.1.9. Réglementation des pratiques	77
I.2. <u>Le tabac</u>	79
I.2.1. Présentation et composition	79
I.2.2. Survol historique	85
I.2.3. Données épidémiologiques	89
I.2.3.1. Au niveau mondial	89
I.2.3.2. Au niveau de la France	89
I.2.4. Addiction et tabac	97
I.2.4.1. Concept d'addiction et de dépendance	97
I.2.4.2. L'addiction au tabac	101
I.2.4.3. Impact du tabagisme sur la santé	106
I.2.4.4. Facteurs de risque de tabagisme	109
I.2.4.4.1. Facteurs de risque liés aux produits	109
I.2.4.4.2. Facteurs de risque environnementaux	109
I.2.4.4.3. Facteurs individuels de vulnérabilité	113
I.2.5. Traitement du trouble de l'usage du tabac	118
I.2.5.1. Mesures de santé publique dans la lutte antitabac	118
I.2.5.1.1. Interventions ciblées sur la population	118

I.2.5.1.2. Augmentation des prix	119
I.2.5.1.3. Prise en charge du tabagisme	120
I.2.5.1.4. Campagnes de prévention et de sensibilisation	122
I.2.5.1.5. Développement de l'accès aux soins	124
I.2.5.1.6. Mesures législatives dans la lutte antitabac	124
I.2.5.1.7. Renforcement du système de soins	127
I.2.5.2. Méthodes pharmacologiques	128
I.2.5.2.1. Les substituts nicotiques	128
I.2.5.2.2. Varénicline (Champix®)	129
I.2.5.2.3. Bupropion (Zyban®) et autres antidépresseurs	130
I.2.5.2.4. Cytisine, Lobéline et Clonidine	131
I.2.5.2.5. Anxiolytiques	131
I.2.5.2.6. Antagonistes et agonistes partiels des opiacés	132
I.2.5.2.7. Antagonistes sélectifs des récepteurs cannabinoïdes de type 1	132
I.2.5.2.8. Antagonistes des récepteurs nicotiques	132
I.2.5.2.9. Nicobrevin	132
I.2.5.3. Les cigarettes électroniques	133
I.2.5.4. Méthodes non-pharmacologiques	133
I.2.5.4.1. Entretien motivationnel et conseils brefs	133
I.2.5.4.2. Matériel d'auto-support	134
I.2.5.4.3. Méthodes d'accompagnement psychologique	134
I.2.5.4.4. Hypnose	135
I.2.5.4.5. Acupuncture	135
I.2.5.4.6. Activités physiques	135
I.2.5.4.7. Méthodes aversives	135
I.2.5.4.8. Assistance téléphonique	136
I.2.5.4.9. Interventions de soutien numériques	136
I.2.6. Le sevrage du tabac	138
I.2.6.1. L'arrêt du tabac	139
I.2.6.2. Les envies d'arrêt du tabac	141
I.2.6.3. Les moyens pour arrêter de fumer	142
I.2.6.4. Le sentiment d'information sur la problématique du tabac	142
I.2.6.5. Les facteurs prédictifs de l'arrêt du tabac	143
I.2.6.6. Le sevrage tabagique en lui-même	143
I.2.7. La réduction des risques et des dommages	145
I.3. <u>Le tabac et l'hypnose</u>	149
I.3.1. Une possible symbiose ?	149
I.3.2. État actuel des sciences	154
I.3.3. Aspects neurobiologiques	156
I.3.4. Ce qu'il faut en retenir	162
<u>Partie II : Étude comparée de l'effet du traitement par hypnose versus traitement de substitution nicotinique sur l'intensité du syndrome de sevrage tabagique : HYPNO-TSN-S</u>	165
I.4. <u>Contexte et justification de l'étude</u>	165
I.5. <u>Hypothèses de travail</u>	166
I.6. <u>Retombées attendues</u>	167
I.7. <u>Objectifs de l'étude</u>	167

I.7.1. Objectif principal	167
I.7.2. Objectifs secondaires	168
I.8. <u>Matériel et Méthodes</u>	169
I.8.1. Population étudiée.....	169
I.8.1.1. Critères d'inclusion.....	169
I.8.1.2. Critères de non-inclusion.....	170
I.8.1.3. Modalités de recrutement.....	172
I.8.1.4. Nombre de sujets nécessaires	172
I.8.2. Justification des stratégies thérapeutiques	172
I.8.2.1. Traitements de substitution nicotinique	172
I.8.2.2. Hypnose.....	177
I.8.2.3. Création du protocole d'hypnose	180
I.8.2.4. Création des consultations de sevrage tabagique	183
I.8.3. Outils de mesure	185
I.8.3.1.1. Échelles de dépendance au tabac.....	185
I.8.3.1.2. Échelle de raison de fumer	186
I.8.3.1.3. Échelles d'évaluation des symptômes de sevrage tabagique	187
I.8.3.1.4. Échelles d'envie de fumer « craving ».....	188
I.8.3.1.5. Échelles de qualité de vie	189
I.8.3.1.6. Échelles de mesure de l'hypnose	189
I.8.4. Gestion des comorbidités	191
I.8.4.1. Les troubles de l'humeur.....	191
I.8.4.2. Les troubles anxieux	194
I.8.4.3. Troubles de l'usage d'une substance	195
I.8.5. Déroulement de l'étude	196
I.8.5.1. Visite de pré-sélection.....	196
I.8.5.2. Visite d'inclusion	198
I.8.5.3. Méthode de randomisation.....	199
I.8.5.4. Consultations de sevrage en tabac	200
I.8.5.5. Schéma détaillé de la recherche	203
I.8.5.6. Tableau récapitulatif de suivi des patients.....	206
I.8.6. Traitements ou procédures associé(e)s autorisé(e)s et interdit(e)s.....	207
I.8.7. Rapport bénéfice / risque de l'étude	209
I.8.8. Recueil des données	211
I.8.9. Stratégie d'analyses statistiques.....	211
I.8.10. Mise en place	212
I.8.10.1. Comité de Protection des Personnes	212
I.8.10.2. Formations des thérapeutes impliqués dans l'étude.....	213
I.8.10.3. Recrutement	213
I.8.10.4. Financement	214
I.8.10.5. Pharmacie.....	214
I.8.11. Fin de la recherche.....	215
I.9. <u>Résultats</u>	216
I.9.1. Analyse descriptive des caractéristiques des sujets	216
I.9.2. Analyse descriptive de la première consultation de sevrage en tabac	218
I.9.3. Analyse descriptive de la deuxième consultation de sevrage en tabac.....	220
I.9.4. Analyse descriptive de la troisième consultation de sevrage tabagique	220

I.9.5. Scores des échelles d'évaluation de l'étude	223
Partie III : Discussion	225
I.10. <u>Méthodologie</u>	225
I.11. <u>Données cliniques</u>	228
I.11.1. Caractéristiques générales des patients	228
I.11.2. Évolution des patients	229
I.11.3. Scores des échelles d'évaluation.....	231
I.11.4. Observations cliniques	232
I.12. <u>Approche réflexive sur l'étude</u>	233
I.13. <u>Bilan humain</u>	238
I.14. <u>Perspectives d'avenir</u>	238
Conclusion	240
Références bibliographiques	241
Annexes	265
Serment d'Hippocrate.....	358

Table des illustrations

Figure 1 : Antoine Brouillet, <i>Une leçon clinique à la Salpêtrière (1887)</i>	46
Figure 2 : De Prade, <i>Histoire du tabac</i> , Paris, 1677.....	79
Figure 3 : Extrait de André Thévet, <i>Singularitez de la France antarctique autrement nommée Amérique et de plusieurs terres et isles découvertes de nostre temps</i> , Paris, 1558. p. 60-61.....	86
Figure 4 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2017	91
Figure 5 : Statut tabagique des 18-75 ans en France en 2016 et 2017.....	91
Figure 6 : Prévalence (en %) du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2017	92
Figure 7 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le diplôme (18-75 ans), le revenu par unité de consommation (18-75 ans) et la situation professionnelle (18-64 ans), France, 2000-2017	94
Figure 8 : Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente (Prochaska et al., 1992)	101
Figure 9 : Classification catégorielle et dimensionnelle d'une addiction (CIM-10 et DSM-5)	106
Figure 10 : Complications somatiques liées au tabac chez la femme enceinte et le fœtus.....	107
Figure 11 : Bénéfices somatiques de l'arrêt du tabac	108
Figure 12 : Prévalence du tabagisme régulier parmi les 15-75 ans selon le niveau de diplôme (en %)	110
Figure 13 : Prévalence du tabagisme régulier parmi les 15-64 ans selon le statut d'activité (en %).	111
Figure 14 : Évolution des ventes de traitements pour l'arrêt du tabac de 2005 à 2017.....	121
Figure 15 : Évolution des ventes de tabac et de cigarettes en France	125
Figure 16 : Opinions sur le respect des zones non-fumeurs dans divers endroits selon le statut tabagique.....	126
Figure 17 : Effets indésirables des traitements nicotiniques de substitution.....	129
Figure 18 : Synthèse des recommandations HAS sur les traitements non médicamenteux dans l'arrêt du tabac.....	137
Figure 19 : Motifs d'arrêt parmi les fumeurs ayant arrêté ou essayé d'arrêter dans les cinq dernières années.....	142
Figure 20 : La force de caractère	151
Figure 21 : Fonctionnement d'un cerveau non addict et addict	158
Figure 22 : Les mécanismes de l'addiction : les voies dopaminergiques	161
Figure 23 : Évolution des scores de la CWS-21 de Vi à J30 des sujets qui ont fini le protocole d'étude	222
Figure 24 : Évolution des scores de la CWS-21 entre Vi et J30	224

Table des tableaux

Tableau 1 : Principaux agents chimiques incriminés dans les troubles associés au tabagisme	82
Tableau 2 : Facteurs associés au tabagisme quotidien en France en 2016 et 2017.....	95
Tableau 3 : Évolution des ventes du tabac en France de 1991 à 2016	96
Tableau 4 : Risque relatif de cancer lié au tabagisme chronique en fonction de la localisation, d'après Gandini et al., 2008	106
Tableau 5 : Facteurs sociodémographiques associés aux signes de dépendance forte d'après le mini-Fagerström, parmi les fumeurs réguliers de 15 à 18 ans (N = 7087)	112
Tableau 6 : Facteurs d'événements de vie ou de détresse psychologique associés au tabagisme régulier chez les 15-75 ans, dans l'ensemble et par sexe	113
Tableau 7 : Facteurs associés à l'arrêt dans les cinq dernières années parmi les fumeurs réguliers (N = 7204)	139
Tableau 8 : Facteurs associés aux tentatives d'arrêt dans l'année et dans les cinq dernières années parmi les fumeurs réguliers (N = 6908)	140
Tableau 9 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des sujets	216
Tableau 10 : Pratiques addictives des sujets à Vi.....	217
Tableau 11 : Les raisons de fumer des sujets à J0.....	219
Tableau 12 : Scores des échelles d'évaluation à J30	221
Tableau 13 : Scores des échelles d'évaluation de Vi à J7	223

Abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification
BPC	Bonnes Pratiques Cliniques
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CIM	Classification Internationale des Maladies
CPP	Comité de Protection des Personnes
CRF	Case Report Form (cahier d'observations)
CWS-21	Cigarette Withdrawal Scale - 21 items
DSM-5	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (5ème version)
EIGI	Effet Indésirable Grave Inattendu
EVA	Échelle Visuelle Analogique
FTCQ-12	French Tobacco Craving Questionnaire - 12 items
FTND	Fagerström Test for Nicotine Dependence
HAM-A	Hamilton Anxiety Rating Scale
HAS	Haute Autorité de Santé
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MADRS	Montgomery and Asberg Depression Rating Scale
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
RdRD	Réduction des Risques et des Dommages
TSN	Traitements de Substitution Nicotinique
URN	Unité de Recherche et de Neurostimulation
VAKOG	Canaux sensoriels : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif

Introduction

La lutte contre le tabagisme est une préoccupation planétaire. Depuis plus de dix ans, les politiques de Santé Publique ont intensifié leurs actions pour diminuer la prévalence du tabagisme. Ces actions commencent à porter leurs fruits ; ainsi la prévalence du tabagisme commence à se stabiliser, et parfois même à diminuer. Néanmoins, la croissance démographique et le creusement des inégalités sociales limitent leurs portées.

La représentation du tabac est en train d'évoluer dans la société. Elle permet d'inciter plus facilement les fumeurs à tenter un sevrage mais elle risque également de les enclaver dans leurs résistances au changement. Il est donc important de pouvoir répondre aux demandes d'arrêt du tabac de manière adaptée aux personnalités des patients et à leur histoire de vie.

Les données de la littérature sur l'arrêt du tabac sont riches. Elles se sont très longtemps restreintes à l'abstinence mais abordent depuis peu les notions de sevrage et de réduction des risques. Le syndrome de sevrage tabagique est de plus en plus identifié comme l'un des principaux obstacles à l'arrêt du tabac. L'étude de ce syndrome permet de mieux comprendre l'efficacité seulement partielle des traitements de référence d'aide au sevrage tabagique. En effet, ce syndrome génère une souffrance physique et psychique non négligeable. La notion de psychologie est essentielle tout comme celle de l'apprentissage dans le sevrage du tabac. Les expériences de sevrage positives vont permettre d'augmenter la motivation et la confiance du patient pour réussir son changement d'identité de fumeur à ex-fumeur.

Parmi les outils thérapeutiques du sevrage en tabac figurent, en premier lieu, les traitements de substitution nicotinique. A côté, d'autres méthodes existent. Parmi elles se trouve l'hypnose ou hypnothérapie. L'hypnose a déjà prouvé son efficacité en médecine. Cette thérapie facilite la maîtrise des symptômes fonctionnels en plus de son accompagnement psychologique. Par son effet démontré sur l'amélioration des maladies psychosomatiques et sur la qualité de vie, l'hypnose semble prometteuse dans la maîtrise du syndrome de sevrage tabagique. Elle pourrait diminuer les expériences négatives pendant le sevrage en vue d'une abstinence sur le long terme.

Notre hypothèse est que la pratique de l'hypnose peut s'inscrire comme un traitement efficace dans le champ de l'addiction en agissant sur plusieurs axes de la dépendance. Nous avons réalisé une étude comparative randomisée pour évaluer la supériorité de l'hypnose par rapport au traitement de référence sur la prise en charge globale du syndrome de sevrage tabagique. L'hypnose a une longue réputation d'efficacité dans le sevrage du tabac. A ce jour, celle-ci demeure toutefois encore non significativement prouvée sur le plan scientifique. Les problèmes de méthodologie concernant l'étude de l'hypnose dans le tabac et l'absence de mesures objectives limitent à l'heure actuelle les avancées. C'est pourquoi des recherches complémentaires comme celle-ci sont nécessaires.

Nous nous attarderons sur l'hypnose dans la première partie étant donné l'importance de cet outil dans ce projet de recherche et la nécessité d'étayer sa présentation afin de mettre en lumière la complexité du sujet. Nous ne manquerons pas d'évoquer les multiples habits du trouble de l'usage du tabac pour arriver à l'étude de son sevrage avec tout ce qu'il implique. Nous ferons la jonction entre l'hypnose et le sevrage du tabac afin de voir s'ils peuvent se concilier. Puis viendra le corps de la présentation du projet de recherche, avec le détail de la méthodologie, qui a permis de conceptualiser l'étude HYPNO-TSN-S actuellement en cours de réalisation. Après une présentation des premières observations cliniques et des résultats préliminaires, nous aborderons la dernière partie, celle de la discussion. Nous pourrons débattre des premiers résultats afin de mettre en perspective l'hypnose dans le traitement du syndrome de sevrage tabagique, mais également avec le monde de la recherche.

Partie I : Généralités

I.1. L'hypnose

I.1.1. Histoire de l'hypnose

I.1.1.1. Où se situe l'aube de l'hypnose ?

L'aube de l'hypnose semble concomitante de celle de la première civilisation. Comme nous le verrons par la suite, l'hypnose est un phénomène physiologique. En toute logique cet état est naturellement né avec la naissance des premiers Hommes. Il est donc difficile de citer une aube précise. Depuis le début de la civilisation nous en retrouvons des traces (1). Bien que l'hypnose n'ait pas à cette époque les habits d'aujourd'hui nous pouvons aisément la retrouver à travers différents rites et coutumes ethniques. Les modifications rituelles de l'état de conscience sont vastes et apparaissent sous des formes très variables.

Nous retrouvons les premières traces écrites de soins par la parole en Mésopotamie. Les Sumériens (- 4000 av. J.-C) ont décrit sur leurs tablettes des méthodes hypnotiques. Un manuscrit cunéiforme sumérien décrit des guérisons obtenues par le biais de la parole à travers des états modifiés de conscience.

Dans l'Egypte ancienne des papyrus font référence à des techniques d'autosuggestion et d'hypnose. Georg Moritz Ebers était un égyptologue Allemand dont un des héritages est la traduction du fameux « Papyrus Ebers », un des plus anciens traités médicaux (2). Les égyptiens décrivaient des inductions hypnotiques grâce à des chants rythmiques, incantations et objets « magnétisés » (3). Nous pouvons citer la célèbre phrase trouvée par Georg Moritz Ebers, dans un papyrus « Pose ta main sur la douleur et dis que la douleur s'en aille ». Les Grecs anciens pratiquaient une médecine par les songes (culte d'Asclépios).

Toutes les religions ont également une expérience dans la pratique de l'hypnose. Nous pouvons évoquer l'exemple d'extases ou de convulsions miraculeuses (4). Ces témoignages sont valables pour toutes les religions. L'hypnose est située au carrefour de l'esprit et du corps, du subjectif et du concret, et est associée à la spiritualité et aux forces obscures (5). La détresse psychique apparentée depuis l'aube des temps à une causalité mystique ou divine, s'empresse d'embrasser la religion pour décharger la psyché. Les contours parfois flous entre les croyances, les interactions sociales, l'effet placebo et les psychothérapies évoluent avec l'histoire de manière concomitante avec les progrès scientifiques tout en gardant une part de mystère. Cette part mystérieuse est nommée et représentée sous de multiples facettes en fonction des cultures et des personnes.

Dans les pays orientaux, la transe favorise la concentration et la méditation. Ces trances sont très différentes selon les coutumes, que ce soit dans la forme ou dans le temps. Elles peuvent durer quelques minutes à plusieurs heures. Sur les sept continents, dans tous les pays et à travers toutes les périodes de l'humanité nous trouvons des vertus à la pratique des trances.

Selon le Dr. David Akstein, la transe médiumnique permet de libérer les charges émotionnelles enfouies dans l'inconscient : le chaman, en se libérant des inhibitions que produisent les structures sociales et religieuses, peut donner libre cours à son imagination, dans un état amplifié de conscience.

La pratique chamanique est un parfait exemple de modifications rituelles. Le chaman est l'ancêtre de nos médecins modernes. Il fait le lien spirituel entre l'action du médecin et le monde divin par l'utilisation de la transe, permettant de soulager les malades et de les connecter avec les dieux (6,7). Le chamanisme stricto sensu est à l'origine un phénomène religieux sibérien et central-asiatique. Il désigne l'ensemble des techniques et des expériences comportant un état de transe communes à certaines sociétés de l'Asie centrale et de l'Arctique. Dans de nombreuses tribus, le prêtre sacrificateur coexiste avec le chaman, la vie magico-religieuse de la société est centrée sur le chaman mais il n'est pas l'unique manipulateur du sacré. Le chaman, de façon exclusive, est le garant de l'extase (8). Ainsi il arbore déjà la position particulière des psychothérapeutes dans le champ médical, qui guérissent l'esprit par la parole et la transe sans pour autant pouvoir définir exactement où se situent leurs actions. C'est une relation complexe d'un groupe à un individu, qui fascine le groupe par ses états de trances. Les trances peuvent être accompagnées de prise de plantes (peyotls, amanites, ayahuasca...) pour induire un état modifié de conscience. Par exemple, les chamans essentiellement féminins des Mapuche chiliens se servaient d'un arbre de la famille des solanacées, le latué ou *arbol de los brujos* pour réaliser leurs projets (9). Lors des périodes historiques où les guérisseurs furent condamnés et les sorciers chassés, l'hypnose est devenue un spectacle et un folklore.

Au XI^e siècle, le célèbre médecin arabo-andalou Avicenne est probablement le premier à évoquer le concept de suggestion et d'autosuggestion. Dans son traité « De Anima » il explique que l'homme peut agir sur les choses extérieures, en vertu du pouvoir de son âme, par la force de son regard (10).

Au XV^e siècle Theophrast Bombast von Hohenheim, un médecin suisse connu sous le pseudonyme de Paracelse, cherche une logique entre la vie et la pensée. Il voyagea à travers l'Europe jusqu'en Inde. Il s'imprégna des diverses cultures qu'il côtoya au fil de ses voyages et adopta certaines méthodes de soins Indiens et Tatar. Il fit un lien étroit entre trois composantes de l'univers (le monde inférieur, le monde astral et le monde divin) et trois composantes de l'Homme (le corps, l'esprit et l'âme). Il était un des premiers à mentionner la continuité d'un lien entre le corps et l'esprit. Ce lien se fait selon lui grâce à un fluide qui circule harmonieusement à travers tous ces composants. William Maxwell reprit cette hypothèse de fluide et l'associa à un esprit universel transversal nécessitant un état d'activation satisfaisant pour entretenir un bon niveau de santé. Une mauvaise circulation de ce fluide/esprit universel serait la cause d'une mauvaise santé. C'est pourquoi il proposa d'utiliser des aimants afin de fluidifier la circulation de ce fluide pour guérir les maux et restaurer un bon niveau d'activation dans la continuité de ce qu'avait proposé Paracelse avant lui (11,12).

I.1.1.2. L'hypnose animale (XVIII^e siècle)

Franz-Anton Mesmer (1734-1815) a marqué l'histoire de l'hypnose actuelle en popularisant cet outil thérapeutique de manière « scientifique » au grand public (7,13). Nous parlons plus d'une théorisation et d'une utilisation empirique de l'hypnose à cette époque que d'une avancée scientifique basée sur les preuves. Sa thèse d'exercice soutenue en 1766 « De Planetarum Influxum in Corpus Humanum » (De l'influence des planètes sur le corps humain) a réutilisé le concept de Paracelse sur un fluide traversant le corps humain en lien avec l'espace et les planètes. Le postulat de Mesmer était que ce fluide qui fait le lien entre toute chose soit magnétique. Ce fluide qui se diffuse en tout lieu pourrait donc être canalisé (14).

Mesmer proposa de guérir les patients qui sont atteints de « maladies nerveuses » en redonnant une bonne conductance à ce fluide universel. Pour rétablir un équilibre de circulation du fluide dans les organes il utilisa les baquets thérapeutiques ou des passes magnétiques (effleurement du corps du sujet avec un toucher plus appuyé sur certaines zones). Les baquets sont de larges récipients en chêne remplis d'eau magnétisée par le thérapeute grâce à de la limaille de fer, du soufre ou du verre pilé d'où sortaient des barres de fer et des cordes. Les patients touchaient ces barres et les cordes en communion pour être magnétisés par transmission. A la suite de cette transmission, les malades pouvaient décrire des crises convulsives (crises magnétiques) qui permettaient de mieux répartir le fluide et conduisaient à la guérison. Ceci n'était rien sans compter l'ambiance spécifique mise en place lors des collectifs grâce à la tenue d'apparat de Mesmer, une lumière choisie et une musique d'ambiance afin de créer le milieu propice à la crise « excitomotrice » capable de réorganiser les énergies et annihiler le mal. Car ces crises, assimilées à la catharsis selon Breuer ou aux grandes crises hystériques – qui vont être plus détaillées dans le futur avec Charcot - permettaient d'être salutaires pour les patients. Le « magnétisme animal » est alors inventé par Mesmer. Le mot animal se réfère au latin, *anima*, qui veut dire âme. Ce terme est souvent rattaché au souffle de l'âme ; nous retrouvons l'idée de mouvement et d'animation des êtres souffrants. Ce terme se rapproche également de l'esprit, *animus* en latin, qui permet de faire le lien avec les prémices de la psychothérapie par traitement de l'esprit par l'esprit. La récente théorie de la gravitation par Newton à cette époque et la découverte du magnétisme minéral influencèrent Mesmer dans la conceptualisation d'une force physique invisible pouvant agir à distance. Sa conception d'une hypothèse fluidique d'ordre physique allait dans le sens de la science et rejoignait des perspectives naturalistes. Ainsi Mesmer donna de la consistance à la physique en se détachant des interprétations métaphysiques et magiques prédominantes au XVIII^e siècle (15). Cette nouvelle vision fit prendre de l'ampleur aux cérémonies du baquet. Mesmer a rapidement connu le succès à Paris après avoir quitté l'Autriche en février 1778 du fait du rejet par les officiels de son approche thérapeutique peu habituelle.

Au-delà de son titre de médecin autrichien, Mesmer était astrologue, astronome, alchimiste et philosophe. Il avait également un goût pour le raffinement et les nouveautés de son époque. Il organisa notamment le premier concert de Mozart dans sa propriété et étudia, entre autres, les travaux de Volta et Faraday. Cet apanage n'est pas anodin à l'organisation de séances collectives autour de baquets magnétiques et au charisme qu'il dégageait.

Même si Mesmer a amorcé une approche scientifique de l'hypnose, ses pairs ne l'ont jamais acceptée et l'ont possiblement jaloué. Mesmer s'était considérablement enrichi grâce à ses séances collectives et ses pratiques suscitaient une certaine hostilité chez ses pairs.

L'Académie des sciences demanda un rapport permettant de condamner le magnétisme animal. Ce rapport, rédigé par Bailly fut remis le 11 août 1784. Les crises furent décrites comme dangereuses et tout traitement par magnétisme fut condamné par l'Académie des sciences. Cinq jours plus tard l'Académie royale de médecine émit les mêmes conclusions. Ces rapports ont précipité le départ à la retraite de Mesmer. Il s'installa à proximité du lac de Constance après avoir vendu au passage le secret du magnétisme à ses pairs...

Bien que les pratiques de Mesmer aient été peu orthodoxes, il reste un des précurseurs des méthodes d'induction, de l'hypnose de groupe, de l'acceptation des états modifiés de conscience en dehors de la sorcellerie et des rites sans oublier son approche de transmission (à travers le fluide) de la relation à l'autre (15,16).

Un disciple de Mesmer, le marquis Armand-Marie-Jacques de Chastenet de Puységur (1751-1825), décrit comme un philanthrope curieux, avait un attachement particulier à Mesmer. En effet, ce dernier avait miraculeusement guéri son frère Antoine-Hyacinth-Anne, le comte de Chastenet, souffrant d'asthme chronique par le toucher. Le marquis de Puységur, changé par la guérison de son frère, traita de nombreux patients selon les méthodes de Mesmer. Moins affirmé que Mesmer et peu enclin à toucher les patients de manière répétitive avec les passes magnétiques, il façonna une méthode d'induction à distance du corps. Peu à peu il aiguisa ses observations et mis en avant peu après la publication des deux rapports condamnant le magnétisme, la possibilité d'absence de crise et d'absence de contact direct avec les patients pour induire un état de conscience particulier assimilé à l'époque à des crises de « somnambulisme clairvoyant ». Un état mi-endormi, mi-éveillé dans lequel les patients étaient suggestibles. Un des patients du marquis, Victor Race, est devenu célèbre en dictant de manière élégante et pertinente sa propre façon de traiter son infection pulmonaire au cours d'un profond sommeil induit par hypnose. Le marquis fut surpris mais également conquis par les possibilités de ce traitement magnétique, il dit « C'est avec cet homme simple que je m'instruis, que je m'éclaire. Quand il est dans l'état magnétique, ce n'est plus un paysan niais, sachant à peine répondre à une phrase, c'est un être que je ne sais pas nommer : je n'ai pas besoin de lui parler ; je pense devant lui, et il m'entend, me répond [...]. Quand il est en crise, je ne connais rien de plus profond, de plus prudent et de plus clairvoyant. [...] Cet homme est mon intelligence » (17). Cette réussite rendit le marquis célèbre, et ne pouvant plus absorber toutes les demandes de soins, il magnétisa un arbre de son château pour traiter plus massivement les patients par transmission (17-19).

Bien que le marquis se soit détaché des artifices cérémoniaux de Mesmer et ait tenté d'adoucir les pratiques magnétiques afin de développer une approche moins « spectaculaire », il continua de défendre Mesmer avec respect face aux instances médicales en souvenir de la guérison de son frère.

Ces mêmes instances, condamnant le magnétisme ainsi que le somnambulisme, créèrent un vent migratoire des thérapeutes vers l'Angleterre et ses pays limitrophes. C'est dans cette partie du monde, qu'un chirurgien écossais du nom de James Braid (1795-1860) rejeta totalement l'idée de fluide sans pour autant mettre de côté l'hypnose. Il mit en avant le pouvoir de l'imagination, de l'esprit sur le corps et exclut l'idée de dons associés au fluide magnétique. Afin d'atteindre un état hypnotique il montra l'importance de la fixation de l'attention. Cette importante avancée est due à la découverte du magnétisme auprès du magnétiseur français La Fontaine lorsqu'il faisait un « show » sur le magnétisme en 1841 à Manchester. Scientifique dans l'âme, conciliant habilement sa curiosité de la neurologie et de la psychiatrie avec sa logique de chirurgien, il comprit que l'apparat du spectacle (musiques, tenues, lumières, odeurs...) et des passes magnétiques servaient de leurre pour focaliser l'attention et induire des suggestions.

Il s'attacha à démontrer la fausseté du mesmérisme et mitra en avant que ce sont les suggestions qui permettent d'induire ce sommeil particulier. Il réfuta au passage l'idée que les effets de l'hypnotisme soient d'ordre religieux après avoir affirmé qu'elles n'étaient pas d'ordre magnétique. Il marqua de manière plus pondérée son opposition à tout ce qui se rattache à la spiritualité pour ne pas s'attirer les foudres du clergé. Il nuança donc en précisant qu'il ne renie pas l'existence des miracles - en revanche il renie toujours Mesmer et ses pratiques - mais que ces miracles ne sont pas dus à l'hypnotisme car scientifiquement non recevables (20).

Il s'efforça de démontrer que l'hypnotisme et tous les phénomènes qui se produisent durant cet état sont dus uniquement à la condition physiologique et psychique du patient (21). Braid introduit l'analgésie hypnotique dans de petites opérations et détailla plusieurs protocoles de traitement sous hypnose. Il innove de manière rationnelle pour utiliser des objets moins spectaculaires afin de focaliser l'attention.

En dépit du fait que le l'hypothèse fluidique tomba en désuétude au commencement du XIX^e siècle, des vestiges de cette pratique « magnétique » initiée, entre autres, par Mesmer sont encore visibles parmi les guérisseurs et certains désenvouteurs à travers différentes cultures (22). Les magnétiseurs actuels font toujours des « passes », des attouchements de certaines zones du corps, des applications de cristaux et bien d'autres techniques héritées des pratiques mesmériennes.

I.1.1.3. L'embrasement de l'hypnose jusqu'aux cendres (XIX^e siècle)

Ce siècle est associé à l'âge d'or du développement de l'hypnose. Cet essor a nourri de nombreux débats et partagé un bon nombre de thérapeutes.

L'arrivée de l'hypnotisme

L'hypnose était à cette époque assimilée à un sommeil de nature particulière. Ce sommeil apparenté au somnambulisme permet d'induire des phénomènes de suggestion. José Custódio De Faria, connu sous le nom de l'abbé Faria (1756-1819), renforça la critique initiée par le marquis de Puységur concernant le magnétisme animal. Il fut l'un des premiers à procéder à des inductions par l'imagination grâce à des suggestions. L'abbé Faria nia avec ferveur l'existence du fluide magnétique et propose une théorie psychologique pour expliquer les phénomènes du somnambulisme. Il souligna le paradoxe du sommeil pendant la transe et nomme le sommeil magnétique le « sommeil lucide », cette fine analyse le place comme précurseur dans la remise en cause du sommeil pendant une situation hypnotique. L'abbé Faria, venu des Indes portugaises à Paris en 1813 pour contempler un cours public de magnétisme, plaça le patient au centre du mouvement de guérison. Il conceptualisa plusieurs composantes nécessaires à cela et supposa que le patient se déplace entre son intimité, sa perception, sa logique et son expérience personnelle. L'atout majeur que l'abbé Faria a apporté à l'hypnose est la mise en avant de la relation d'homme à homme (23). Cette relation fut mise en lumière de manière encore plus subtile par un disciple de l'abbé Faria, le général Noizet, qui mit en perspective la volonté de guérison par le magnétiseur et la confiance du patient envers son magnétiseur (24).

L'officier Étienne Félix d'Hénin de Cuvillers (1755-1841), baron reconnu par certains comme le fondateur de l'hypnose, dénonçait l'utilisation mercantile et frauduleuse de cet instrument par Mesmer. Dans le même courant de pensée que l'abbé Faria il détacha l'hypnose des croyances en des dogmes « infalsifiables ». Selon lui, l'hypnose implique un investissement dans l'imaginaire qui se fait avec le consentement éclairé du patient. La personne ne se trouve pas à la merci du thérapeute, mais se trouve dirigée dans l'élaboration de son imaginaire, dans une position confortable, d'immobilité, de neutralité et de réceptivité. Il esquaissa le principe d'autohypnose avec la posture d'Abéaston. Posture dans laquelle la personne hypnotisée se concentre sur sa propre main, sur les sensations de chaleur, d'énergie et de protection symbolique dans un principe d'immobilité propice à libérer l'imagination. Il créa cette technique à partir des observations faites pendant les séances de magnétisme et des techniques de l'Egypte ancienne faisant référence à l'utilisation de la main. Bien que magnétiseur lui-même, il invita ses patients à poursuivre ces exercices en dehors de

l'intervention d'un magnétiseur afin de les remettre dans leur propre autonomie. Il pointa également l'importance de la relation entre le magnétiseur et son patient sur le plan de l'imagination. Le baron fonda le terme d'hypnose (25). Le terme d'hypnose vient du mot grec *húpnos* qui signifie sommeil ainsi que d'*hypnos*, dieu grec bienveillant capable d'endormir quiconque, qui prend soins notre corps et de notre âme pendant notre sommeil.

James Braid permit de populariser le terme d'hypnotisme, forgé par le baron d'Hénin de Cuvillers, pour désigner la technique de suggestion et de redonner une consistance scientifique à l'hypnotisme dans le champs de la santé en se détachant du magnétisme animal (26).

A la même époque un chirurgien Écossais du nom de James Esdaile (1808-1859) a opéré par centaines des patients sous hypnose. Il fit la découverte des techniques d'hypnose lorsqu'il était à Calcutta grâce à la première revue consacrée à l'hypnose créée au Royaume-Uni, pays moteur de l'hypnose à cette époque après la condamnation du magnétisme en France. Les opérations étaient variées et parfois majeures. Il conclut individuellement, se basant sur ses observations, a une efficacité relativement comparable de l'hypnose par rapport aux autres méthodes de l'époque (alcool, haschich, opium, feuilles de coca...) sur la douleur et une réduction de la mortalité post-opératoire. Il expliqua qu'en état modifié de conscience, nommé somnambulisme, le corps entier devient « clairvoyant » et possède des aptitudes quasi infinies. Il appuie ce postulat avec ses récits et les récits de ses proches confrères. Dans son ouvrage il tente de convaincre les lecteurs de la puissance de la pensée et fait l'affirmation que l'esprit humain peut modifier les perceptions d'un organe ciblé (27). Au total, il pratiquera plus de deux cents opérations sous anesthésie hypnotique.

La première analgésie par magnétisme animal fut décrite en 1820 (28) et la première intervention chirurgicale sous analgésie hypnotique (ablation d'un sein) fut réalisée en 1829 par Jules Cloquet. Malgré les fortes critiques de l'Académie de Médecine à la suite de cette ablation, les anesthésies hypnotiques se sont poursuivies. A titre d'exemples :

- En 1845, Loysel de Cherbourg réalise une amputation d'une jambe sous hypnose,
- En 1859, Paul Broca et Eugène Follin traitent un abcès sous hypnose. Cette même année le cas d'une tumorectomie sous hypnose sur une patiente anesthésiée par Paul Broca et opérée par le célèbre chirurgien Alfred Velpeau est publié dans la Gazette Médicale de France.
- En 1889, l'histoire décrit la première analgésie lors d'un l'accouchement par Liébeault (29).

Cette liste s'est enrichie de manière exponentielle par la suite. Bien que le pouvoir de la suggestion ne laissa plus de place au doute à cette époque, la réalisation de nombreuses chirurgies démontra la puissance de cet outil thérapeutique et de la force de l'esprit. L'intérêt pour l'hypnose commençait à grandir de nouveau en France malgré l'apparition du chloroforme en 1813 et de l'éther en 1846 qui ralentirent les avancées de l'hypnose et de ses indications opératoires.

Alfred-Edouard D'Hont (1840-1900), connu sous le nom de Donato, était un magnétiseur Belge né à La Chênée devenu un puissant fascinateur magnétique de spectacle après avoir étudié les travaux de James Braid. Il parcourut l'Europe avec succès, hypnotisant les foules avec une aisance déconcertante, et arriva à Paris en 1876. Paul Richer, interne à la Salpêtrière à cette époque, fit découvrir cette pratique d'hypnotisme théâtral à Jean-Martin

Charcot (1825-1893), son patron, lors d'une représentation de Donato (30,31). Au XIX^e siècle, entre superstitions, fabulations scientifiques, miracles inexplicables et croyances populaires ; la frontière entre les sciences et la magie était floue. Mais elle était toujours aussi attractive (15,32). Les sociétés de magnétisme ou d'hypnotisme se multiplièrent jusqu'à se dégrader en phénomènes de foire. Paris seule comptait plus de 500 cabinets (ou salons) de magnétisme à fin du XIX^e siècle. Ils vivaient principalement des réclames faites incessamment dans la presse et de curiosité mêlée à de la crédulité de nombreux clients (33,34).

L'Académie de Médecine avait condamné le magnétisme. Cette pratique fut source de discorde dans le milieu médical. Les magnétiseurs étaient eux-mêmes en proie à des discordes au sujet de la rationalisation de leurs hypothèses parfois discordantes et non conciliables. Dans ce chaos théorique les praticiens avaient mis en évidence deux aspects de l'hypnose qui allaient être la matière première des débats épistémologiques et des recherches scientifiques du XIX^e siècle. Ils s'étaient aperçus qu'obtenir un état hypnotique chez un sujet prédisposé, ou déjà hypnotisé était plus facile (35) et que l'hypnose est un état de sommeil, mais un sommeil très spécial encore non défini (32). Tout au long du XIX^e siècle, l'hypnose qui était considérée comme divine et cosmique, s'est peu à peu recentrée sur l'Homme.

L'École de la Salpêtrière versus l'école de Nancy

Le professeur Jean-Martin Charcot (1825-1893), neurologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, travailla sur la suppression de l'hystérie par hypnose. Sommité médicale de l'époque il crédibilisa l'hypnose et lui redonna du cachet. Pour lui seules les hystériques étaient hypnotisables. Il pensait qu'il existe une région cérébrale propre à l'hypnose qui est défaillante dans l'hystérie (théorie de l'homme machine). Son étude attentive de l'hystérie, très représentée aux « leçons du mardi » (cours didactiques de présentations de malades entre 1884-1893 à la Salpêtrière), éclos d'un constat qu'il fit lorsqu'il travaillait dans un pavillon d'agités qui mêlait principalement des patients souffrant d'épilepsie et d'hystérie. Charcot a vu que les patient(e)s souffrants d'hystérie s'approprièrent les symptômes des patient(e)s épileptiques.

Auguste-Ambroise Liébeault (1823-1904) était un médecin de campagne formé à Strasbourg après une réorientation professionnelle. Fils de paysans Lorrains il avait été envoyé au séminaire après s'être fait remarquer par son intelligence. Vers ses vingt ans il abandonna la théologie pour se consacrer à la médecine. Il utilisa l'hypnotisme de manière occasionnelle sur sa clientèle grâce à la lecture des écrits de Braid pendant ses études avant de s'y plonger définitivement en 1860, époustoufflé par le potentiel de la suggestion à la lecture des comptes rendus opératoires de Velpeau, ayant fait une tumorectomie sous hypnose les mois précédents avec l'aide de Paul Broca. Il fut médecin de campagne jusqu'en 1864 puis décida de s'installer à Nancy comme guérisseur. Il a été le premier à utiliser l'hypnose comme traitement médical à Nancy. Liébeault était l'un des pionniers de l'hypnose. Il utilisait uniquement l'hypnose et ses consultations étaient gratuites. Cette approche ravissait les patients et outrageait ses confrères. L'approche clinique est tributaire du contexte historique et la méthode hypnotique de Liébeault était très directive (36). Le contexte de l'époque s'y prêtait, les classes de la société étaient très scindées et la plupart des pauvres gens étaient habitués à obéir. Malgré cela il était décrit comme un homme intelligent et honnête. Le « brave docteur Liébeault », comme disaient ses patients, a toujours défendu son souhait de gratuité des soins et le fait d'utiliser exclusivement l'hypnose à des visées curatives bienveillantes.

Hippolyte Bernheim (1840-1904) était un neuropsychiatre de renommée et professeur agrégé de médecine, en 1867, à la faculté de Strasbourg. Il fut nommé professeur de Clinique

Médicale à Nancy, en 1878, après avoir quitté l'Alsace annexée. En 1882 une rencontre entre Liébeault et Bernheim se fit grâce à la curiosité de Bernheim au sujet d'un confrère, décrit comme charlatan par ses pairs, qui réalisait des succès thérapeutiques obscurs pour Bernheim. L'ouverture d'esprit du professeur lui permit d'intégrer l'hypnose dans son service. Lui aussi utilisait une hypnose autoritaire et directive. Il utilisait uniquement des suggestions verbales tout en affirmant que tout le monde est hypnotisable, sauf les patient(e)s souffrant d'hystérie... et se détachait des inductions de « spectacle » faites à la Salpêtrière, qu'il décrivait comme fantaisistes. Bernheim a progressivement réduit l'hypnose à la simple suggestion vers la fin du XIX^e et en fit un compagnon de route présent dans tous ses traitements. Associé au Dr. Liébeault, ils fondèrent l'École de petit hypnotisme de Nancy. La postérité reconnue Liébeault comme le père de l'école de Nancy et Bernheim comme son fondateur (37). Bernheim affichait l'hypnose comme universelle et reproductible en chacun. Cette affirmation fait directement collision avec l'affirmation de Charcot comme quoi l'hypnose est un signe pathognomonique de l'hystérie (1,38). C'est l'une des raisons qui fait que l'hypnose se distingue dans l'histoire par la « guerre » de l'École de la Salpêtrière et de l'École de Nancy. Joseph Babinski, célèbre neurologue appartenant à l'École de la Salpêtrière, exprima avec émotion l'intensité de la querelle entre les deux écoles et conclut « qu'il ne voulait plus polémiquer avec une faculté de village » (39). Cette vision dualiste est actuellement encore visible, non plus par rapport à l'hypnose, scientifiquement admise et plus consensuelle, mais par rapport à l'opposition entre Paris et la province.

Bien que l'École de la Salpêtrière mérite d'être reconnue à sa juste valeur dans les avancées de la médecine, la postérité reste en faveur de l'École de Nancy au sujet de l'hypnose et des hypothèses émises. Les piliers de l'hypnose à Nancy observèrent qu'en état modifié de conscience il n'y avait plus de frontière entre le subjectif et l'objectif, le conscient et l'inconscient, l'extérieur et l'intérieur, et inversement. Il a été vite repéré que les patients étaient plus réceptifs aux suggestions en état modifié de conscience et que ce sommeil différait d'un sommeil habituel. Bernheim créa une théorie nommée idéodynamisme, première ébauche des théories psychosomatiques, qui était une conceptualisation de la liaison du psychique avec le physique. Il perçut cette liaison comme une transformation de l'idée en acte. Elle-même étant composée d'effets idéomoteurs et idéo-affectifs se traduisant par une réponse, soit motrice, soit cognitive. Il étudia le lien de causalité entre le champ des idées et celui des sensations. Liébeault en parlait également mais indirectement en tant qu'« influence du moral sur le physique ». Finalement, Bernheim ébaucha ce qui deviendra la médecine psychosomatique mais resta absorbé dans une hypnose idolâtrée associée uniquement aux suggestions. Cette association à sens unique et réductrice de l'hypnose enclava Bernheim vers l'unique suggestion au dépend des champs du possible de l'hypnose. Cette orientation idéologique relativement figée fut le point d'origine du conflit entre Bernheim et Liébeault qui marqua leur éloignement. Elle marqua également l'éloignement de Bernheim avec le concept d'hypnose car d'après lui « ce que nous appelons hypnotisme n'est autre chose que la mise en activité d'une propriété normale du cerveau, la suggestibilité, c'est-à-dire l'aptitude à être influencé par une idée acceptée et à en rechercher la réalisation ». Donc que l'hypnose n'est pas nécessaire pour la réalisation des objectifs et que les effets peuvent être obtenus en employant d'autres techniques. La mise en avant du lien de causalité entre l'esprit et le corps ainsi que la puissance des ordres, autrement dit, de la suggestion autoritaire mena progressivement sur l'importance du lien patient/médecin et détacha encore plus l'hypnose du fluide magnétique.

Le docteur Émile Coué, pharmacien né à Troyes s'étant formé à la célèbre école de Nancy et gardien de l'effet placebo, alla plus loin de Bernheim. Il plaça la suggestion comme

unique technique de soins et l'autonomise avec l'autosuggestion. Nous le connaissons notamment pour la formule « Je vais bien, je vais mieux, je vais de mieux en mieux » qui dégage un optimisme considéré comme idéaliste par certains de ses pairs. Coué cherchait principalement à parfaire la technique de maîtrise de soi. Le training autogène de Schultz s'inspire en partie de cette philosophie malgré le fait qu'elle s'inscrit plus dans le champ de la relaxation.

Charcot présenta aux leçons de mardi Louis V, hystéro-neurasthénique ayant des attaques d'hystérie. Pierre Janet (1859-1947) et Sigmund Freud (1856-1939) qui figurent parmi les élèves auraient ébauché leurs réflexions à partir de ce cas sur le rôle pathogène du souvenir traumatique. Juste avant eux Henri Bourru et Pierre Burot, professeurs à l'école de médecine navale de Rochefort publièrent un rapport de cas sur le militaire Louis V. Il mirent en avant, grâce à l'hypnose, le lien de causalité entre les manifestations hystériques et le choc émotionnel de l'enfance potentialisé par le traumatisme de guerre. Ils s'intéressaient à l'aspect de sa personnalité et de sa construction liée aux événements de vie. Louis V devenu amnésique avait su retrouver avec l'aide des professeurs de Rochefort des souvenirs latents (40). L'hypnose était très présente dans l'étude des sciences objectives au XIX^e siècle. En 1875, Richet (prix Nobel de médecine en 1913) publia des premiers résultats sur l'étude de l'hypnose. En 1884 il publia « *L'homme et l'intelligence* », dans lequel il détaille pratiquement tous les phénomènes hypnotiques connus à ce jour (41).

Pierre Janet professeur de philosophie au Havre devint docteur en médecine en 1893 et fut professeur de psychologie expérimentale au collège de France en 1902. A la fois admirateur des idées de Mesmer et des travaux de Charcot sur l'hystérie il approfondit le sujet des personnalités, plus précisément des doubles personnalités. Il travailla dans le laboratoire de psychologie à la Salpêtrière après avoir été repéré par Charcot. Il développa le concept de « désagrégation ». C'est un modèle complexe de l'esprit comprenant des structures élémentaires liant automatiquement un acte, une idée et une émotion afin de définir une conscience rudimentaire qui est elle-même englobée dans une structure plus large et plus consensuelle pour l'esprit accessible aux actes volontaires. D'après Janet, lors de troubles psychiques, la conscience peut fragmenter les structures élémentaires qui vont alors coexister tout en s'ignorant mutuellement, représentant ainsi des consciences secondaires et le concept de désagrégation. Concept qui amènera à celui de subconscient et enfin à celui de dissociation. Il ouvrit la porte de l'existence d'un phénomène de dissociation naturel et la possibilité de distraire un sujet pour retrouver ce phénomène (42). Après avoir lié une amitié fidèle avec Ivan Pavlov lors d'un congrès sur l'hypnose ils échangèrent régulièrement sur la théorisation de l'hypnose. Janet d'un côté mettait en avant une hypnose essentiellement psychologique et Pavlov d'un autre côté défendait une hypnose neurobiologique quasi exclusive. Nous verrons un peu plus loin que l'approche de Janet concernant l'étude de la conscience va être reprise par la suite pour la théorisation du phénomène hypnotique de dissociation.

L'hypnose et le développement des psychothérapies

Il est difficile de situer précisément le commencement d'un courant théorique. Les méthodes psychothérapeutiques sont anciennes, conduites par la suggestion, et évoluent sans cadre précis. L'hypnose est la plus ancienne façon de « guérir par l'esprit », et donc la première forme de soins psychothérapeutique. Daniel Hack Tuke (1827-1895) popularisa le terme de « psychotherapeutics » en 1879 et donna une constance à ce domaine qui avait déjà été effleuré par James Braid en s'opposant au fluide mesmérien. Tuke mit en avant le pouvoir

de l'imagination et de la parole comme l'avait fait Puységur avant lui qui centrait sa pratique sur la parole « le pouvoir des mots » (43). Il développa l'influence de la parole sur le corps grâce à la transmission de l'espoir et de la confiance à son patient au sein du rapport inter- et intra-individuel. Il est important de souligner que lorsque Tuke parle de « psychothérapeutique » il désigne le traitement du corps grâce à l'esprit.

C'est en 1886 que Bernheim s'inspira des réflexions de Tuke et resta dans la continuité de Braid pour introduire la notion de « psycho-thérapeutique hypnotique » (44). Bernheim publia « *Hypnotisme, suggestion et psychothérapie* » en 1891 en affinant son approche. Un nouveau maillon apparaît, la suggestion (hypnose) potentialise le pouvoir de l'imagination. Pour ainsi dire, les mots vont permettre d'agir sur l'esprit, et de ce fait, sur le corps mais la thérapeutique se concentre toujours dans la résolution des pathologies physiques. Charcot cheminera de manière relativement similaire et citera à plusieurs reprises les travaux de Tuke en se gardant bien de reprendre le terme « psycho-thérapeutique » de l'école de Nancy. C'est Freud qui pointera peu de temps après une complémentarité essentielle, le traitement psychique des pathologies psychiques. Le terme de psychologie clinique prit son envol à l'école de la Salpêtrière dès 1890. A ce moment-là ce terme est attaché à la médecine. Janet, professeur du laboratoire de psychologie à la Salpêtrière parle de la « psychothérapie » comme « une application de la science psychologique au traitement des malades ». La psychologie clinique est une pratique médicale basée sur la psychologie dans l'intentionnalité de traiter les patients. Freud préfère quant à lui réserver le terme de psychologie clinique à l'observation statique.

Joseph Delboeuf (1831-1896) était un philosophe Belge, dont Freud s'est inspiré, qui prit une position intéressante au sujet de la psychothérapie. Il revendiquait ce domaine de thérapie comme distinct du médical et appartenant aux sciences humaines. Il marqua une différence entre l'hypnose, vue comme un médicament avec des atouts spécifiques (associée à la pratique médicale), et la parole (associée à la psychothérapie/psychologie de manière plus vaste) qui vient se positionner en dehors de la pratique médicale (45). Nous sommes là dans une approche philosophique subtile des interactions humaines et de la verbalisation.

La *Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, dirigée et fondée de 1897 à 1901 par Paul Hartenberg et Paul Valentin, reprit les idées de Bernheim dans sa compréhension de l'hypnose (opposée à Charcot) en cherchant à élargir le fossé entre la psychologie clinique et la psychologie expérimentale. La psychologie clinique serait le substrat des connaissances nécessaires pour pratiquer la psychothérapie. Cette tentative de fragmentation de la psychologie clinique pour lui donner une existence indépendante du médical et de l'expérimental tomba dans le désintérêt (46). La psychologie clinique serait donc issue de la confrontation entre la médecine et la psychologie expérimentale avant de s'épanouir dans l'épistémologie de la psychanalyse. Sur le continent Américain, Lightner Witmer (1867-1956), psychologue américain, fonda en 1896 la première Psychological Clinic. Il apporta une vision plus souple sans s'imposer les frontières occidentales de l'époque entre expérimentation et observation. Il se consacra à l'approche individuelle dans une visée thérapeutique. Bien que la psychologie clinique soit clairement liée à la médecine, il entretient également une approche sociologique et pédagogique. La finalité reste globalement identique et pourrait se définir comme l'amélioration psychique des patients à travers la parole de l'autre.

C'est au début du XXe siècle que les courants dits comportementalistes vont également émerger à partir de la psychologie clinique. Ils furent principalement portés par les expériences de Ivan Pavlov et de John Watson au départ. Ces courants vont permettre de

créer les psychothérapies cognitivo-comportementales. Elles s'exprimeront plus pleinement au cours des années 1950 jusqu'à arriver à la maturité que nous leur connaissons actuellement.

Didier Anzieu (1923-1999) définit la psychothérapie comme une « méthode de traitement des souffrances psychiques par des moyens essentiellement psychologiques ». Un relatif consensus entre les historiens de la psychologie existe cependant pour dater l'émergence de ce mouvement à l'aube du XX^e siècle, dans plusieurs pays occidentaux (47). Les connexions entre la psychologie clinique, l'hypnose, les psychothérapies et la psychanalyse sont tellement variées et nombreuses qu'il serait présomptueux de pouvoir penser couvrir les généralités de ce sujet dans un paragraphe de thèse. Daniel Lagache (1903-1972), psychiatre et psychanalyste français, parla en 1949 de « l'étude de la personne totale en situation ». Au-delà de sa vision de la psychologie clinique comme un moyen mis en œuvre par le praticien pour approcher les conduites humaines qu'il associait à un liant entre la psychologie expérimentale et la psychanalyse, il donna de l'importance à l'étude de l'évolution de la personnalité.

Les termes divergent mais le fond converge, la boucle infinie des rapports humains dans le champ de la santé repose sur la qualité de la relation médecin-malade, idée évoquée et soutenue par Paracelse... (48).

L'enfantement de la psychanalyse

Sigmund Freud, arriva à la Salpêtrière en octobre 1885 afin de parfaire ses connaissances pour traiter les maladies nerveuses. Il traduisit les articles de Charcot du français à l'allemand et assista aux leçons du mardi. En 1886, Freud repartit en Autriche et pratiqua l'hypnose après avoir suivi les conférences de Charcot. Ses pairs le reçurent mal à son retour dans son établissement d'origine et il décida de s'installer en libéral. Il rencontra Bernheim en 1889 pour affiner sa technique d'hypnose et traduisit son livre sur la suggestion.

Freud s'initia aux expérimentations de l'hypnose auprès de Charcot et améliora sa pratique clinique auprès de Bernheim. Freud, bien qu'attentif aux conflits français sur l'hypnose, développa de son côté une autre approche de la psyché humaine. Il accompagna une patiente auprès de Bernheim, Emmy von N., qu'il n'arrivait pas à endormir et il souhaitait voir si Bernheim allait y arriver. Le cas d'Emmy est retracé avec détail dans un des ouvrages de Freud, les « *Études sur l'hystérie* », 1895. Dans « *Ma vie et la psychanalyse* », Freud relate son voyage à Nancy, un passage très précis exprime bien son vécu « Dans l'intention de parfaire ma technique hypnotique, je partis l'été de 1889 pour Nancy, où je passerais plusieurs semaines. Je vis le vieux et touchant Liébeault à l'œuvre auprès de pauvres femmes et enfants de la population prolétaire ; je fus témoin des étonnantes expériences de Bernheim sur ses malades d'hôpital et c'est là que je reçus les plus fortes impressions relatives à la possibilité de puissants processus psychiques demeurés cependant cachés à la conscience des hommes » (49). Bernheim a également échoué avec la patiente Emmy. L'analyse de cet échec et des prémisses de l'opposition active (résistance) à la technique hypnotique activa le cheminement déjà amorcé par Freud sur la nécessité d'analyser et lui donna un argument supplémentaire dans sa conception de la psychanalyse.

En 1889, lors du premier congrès international de l'hypnotisme, Bernheim actait la pratique de l'hypnose comme synonyme de la suggestion. La relation entre le thérapeute et le patient n'était pas perçue comme pouvant agir sur l'acte thérapeutique. Plusieurs praticiens de l'époque rejetèrent même l'idée que l'hypnotiseur puisse avoir une place dans cette relation

(50). A cette époque, les soins par l'hypnose, par la suggestion, traitaient les uniquement les symptômes. Freud ne se détacha pas de l'hypnose, mais de l'idée de ne traiter que les symptômes. Il écrit dans son livre sur l'étude de l'hystérie : « Le travail avait alors pour point de départ les symptômes et pour but de les résoudre les uns après les autres. Depuis, j'ai abandonné cette technique, car je l'ai trouvée inadéquate à la structure si délicate de la névrose » (51). Il prit également ses distances avec la catharsis de Breuer pour ne plus contraindre les symptômes par la suggestion mais les extraire grâce à l'analyse.

Bernheim hypnotisait majoritairement en public et induisait des tâches absurdes à ses patients afin d'impressionner l'auditoire. Freud déduit par la suite que les ordres donnés par l'hypnotiseur étaient conservés dans une zone voisine de la conscience mais non accessible étant donné que le patient ne se souvenait pas avoir fait ces tâches absurdes et qu'il ne pouvait et pas les évoquer volontairement. Freud développa sa perception de l'inconscient grâce à sa pratique de l'hypnose associée à l'héritage des théoriciens et de la clinique de ses prédécesseurs (magnétisme animal, somnambulisme, hypnotisme). Il conceptualisa de plus en plus ce qui deviendra la psychanalyse à ce moment-là. L'expression libidinale brutale du lien affectif patient/thérapeute d'une patiente envers Freud lors d'une consultation appuya la rupture nécessaire ressentie par ce dernier avec l'hypnose. Ce virage marqua le début de la psychanalyse autour de 1892. Il fit une tentative de scission pour privilégier l'investigation psychique par une pratique novatrice pour l'époque dont le succès populaire a certainement contribué à renforcer son détachement identitaire par rapport à l'hypnose. De plus, quelques années auparavant, la mort de Charcot avait entraîné un désintérêt scientifique de l'hypnose et un défaut de recette. Les techniques plus normatives prenaient le pas de manière concomitante à la naissance de la psychanalyse. Cette rupture initiale, est poétiquement définie par Ferenczi et Rank dans « *Perspectives de la psychanalyse* ». Ils parlent de la « splendide isolation » qualifiée d'indispensable pour dessiner les contours de la psychanalyse avant de réintroduire progressivement l'hypnose au sein des cures analytiques (52). Jean-Luc Donnet explora également sur cette « splendide isolation » entre la psychanalyse et l'hypnose à cheval sur deux siècles. L'hypnose était perçue comme une force qui exclut le sens, alors que la psychanalyse, elle, y donnait accès. Le « savoir » était perçu comme la seule vraie source de guérison et l'hypnose comme une technique autoritaire, suggestive et symptomatique, inefficace (53). L'association de l'hypothèse d'un monde inconscient à explorer, de l'idée de l'existence d'un savoir intérieur et d'un lien affectif dans relation patient/thérapeute eut comme résultat la recette d'un savoir et d'une nouvelle pratique, la psychanalyse. Fille de l'hypnose, elle s'émancipa avec l'élaboration du concept de transfert. Pour autant elle reste la logique d'un parcours scientifique venant du magnétisme animal (19,54).

Freud a puisé dans les enseignements de Charcot, de Bernheim et de la méthode dite « cathartique » de Breuer avant d'initier lui-même un nouveau domaine de thérapie. La littérature tranche généralement de façon dichotomique sur le point de vue de Freud entre l'hypnose et la psychanalyse. Comme s'il avait abandonné l'hypnose tel l'abandon brutal de sa mère, lui renvoyant trop de complexes d'attachement plus ou moins érotisés. Pourtant il semble avoir accepté un part d'œdipe dans ses pratiques étant donné qu'il continua de pratiquer l'hypnose, de manière ouverte, sous une forme moins autoritaire et sans suggestion. Il explique des techniques de psychanalyse permettant au sujet une perception attentive de sa psyché et une suppression de la critique : « on lui explique que le succès de la psychanalyse en dépend, [...], il s'agit en somme de reconstituer un état psychique qui présente une certaine analogie avec l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil et sans doute avec l'état

hypnotique au point de vue de la répartition de l'énergie psychique. » (55). Freud continua à écrire sur l'hypnose et de l'intégrer à ses cures analytiques, au moins jusqu'en 1924.

Il ne cessa pas de s'interroger sur les liens possibles entre la pratique de l'hypnose et de la psychanalyse. Franz Polar, qui collabora avec Freud en 1924 sous l'impulsion de Ferenczi et après avoir prouvé ses compétences d'hypnothérapeute, raconte sa collaboration sur ce sujet dans « *The story of a hypnotist* ». Il raconte notamment la recherche d'une continuité plus consensuelle effaçant la coupure épistémologique initiale entre la psychanalyse et l'hypnose. Ce recherche est portée par le travail de Ferenczi et Rank dans « *Perspectives de la psychanalyse* », publié en 1924. Cette continuité semble se cristalliser autour de la relation entre le patient et le thérapeute. La part d'inconnu dans la nature du lien hypnotique reste vaste à cette époque et les suggestions formaient un ensemble confus avec l'hypnose. Cette confusion rendait inextricable la distinction entre, d'un côté le processus cognitif dont Bernheim avait tenté la théorisation (processus idéomoteur de la suggestion, qui se définissait comme « l'influence provoquée par une idée suggérée et acceptée par le cerveau ») (38), et de l'autre côté le processus affectif à l'origine de la psychanalyse mis à jour par Freud dans l'hypnose. Il n'oublia pas la mère de son succès. En 1924, Freud précisa « on ne surestimera jamais trop l'importance de l'hypnotisme dans la genèse de la psychanalyse. D'un point de vue théorique comme d'un point de vue thérapeutique, la psychanalyse gère un héritage qu'elle a reçu de l'hypnotisme » (56).

La psychanalyse connaît un important succès et vient sur le devant de la scène. A ce moment-là l'hypnose connaît un oubli certains et un désintérêt global.

L'hypnose entre parenthèse

Pour l'hypnose française, l'école de la Salpêtrière influencée par Charcot n'a pas eu que des effets positifs. Elle met l'hypnose dans une boîte qui pourrait s'appeler « indication limitée à l'hystérie », boîte qui éloigne la pratique médicale de l'hypnose. La réfutation et la contestation de la théorie de l'hypnose portée avec conviction face au monde par Charcot, grand pontife de la médecine et l'un des plus grands neurologues de son époque, a également porté préjudice à la légitimité de l'hypnose. Charcot meurt en 1893 et la plupart de ses élèves prennent alors des chemins différents de la pratique de l'hypnose. Le duel entre l'école de la Salpêtrière et l'école de Nancy a également et très certainement une part de responsabilité dans la décrédibilisation de l'hypnose à la fin du XIX^e siècle. Par ailleurs, l'école de la Salpêtrière n'est pas la seule responsable de l'enclavement de l'hypnose sur elle-même. Dans la continuité de Bernheim, les pratiques hypnotiques du début du XX^e utilisaient essentiellement la suggestion, au point que thérapie par suggestion et thérapie par hypnose semblaient synonymes.

S'en est suivi que la théorie de « désagrégation » portée par Pierre Janet fut tombée en désuétude après la première guerre mondiale, victime d'un discrédit porté sur les travaux de Charcot et le succès de la psychanalyse, lequel a conduit au remplacement du concept de dissociation par celui de répression, comme mécanisme hypothétique susceptible de rendre compte des pathologies mentales (57).

« Dès que la mode aura fait son tour, elle ramènera les traitements par la suggestion hypnotique, comme elle ramène les chapeaux de nos mères. » Janet, 1919 (58).

Joseph Babinski critiqua a posteriori les « leçons du mardi » et la théâtralisation de la médecine de l'époque qui porta préjudice à son image. Lors de ses leçons nous pouvions

croiser des journalistes, des auteurs (Guy de Maupassant, Emile Zola...) et d'autres personnalités servant à diffuser l'image de la Salpêtrière telle que la voyait Charcot. Le tableau d'Antoine Brouillet (cf. figure 1), célèbre représentation des leçons du mardi, fait ressentir ce contraste entre génies de l'époque, personnalités influentes et mise en scène médiatique.



Figure 1 : Antoine Brouillet, *Une leçon clinique à la Salpêtrière* (1887)

Pendant la moitié du XX^e l'hypnose était quasi exclusivement réservée aux traumatismes psychiques. Cette limitation d'indication s'explique principalement par deux facteurs :

- l'hypnose a de nombreux parents qui sont des médecins de guerre et le début du XX^e fût une période meurtrière au niveau international,
- la psychanalyse et les thérapies cognitivo-comportementales étaient très en vogue à cette époque et masquaient les autres thérapies (59,60).

Pendant la première guerre mondiale plusieurs neurologues, imprégnés des enseignements de Charcot, transportèrent l'outil hypnotique jusqu'aux champs de bataille. Cela permit d'enrichir l'étude des traumatismes de guerre et de perfectionner le début des traitements des états de stress aigu ainsi que les états de stress post traumatique. A cette époque ces états confuso-stuporeux sont assimilés comme une « hypnose des batailles » par Gaston Milian (61), ce qui ne manque pas de rappeler l'amalgame initial soutenu par Charcot entre l'hystérie et l'hypnose. Ce sont les anglais qui ont débuté activement le traitement des symptômes de conversion hystérique sur les champs de bataille par hypnose à cette époque. Nous pouvons notamment citer Eder qui aurait guéri de nombreuses conversions par hypnose (62). La notion de faire face à la mort, d'état de stress aigu et d'état de stress chronique s'affina peu à peu grâce à de nombreux thérapeutes et différentes approches. Parsons pensait en 1915 qu'il faut faire revivre en hypnose les événements traumatiques (the fear of death before his eyes) (63). Smyly recommandait en 1917 de ne pas utiliser systématiquement l'hypnose et de la réserver à certains cas bien particuliers résistants à des méthodes qui n'utilisent pas la reviviscence émotionnelle (64). Cette approche plus prudente fut appuyée par Elliot Smith, qui en 1916 parle déjà de possibilité d'aggraver certains états de confusion ou possibilité de substituer un symptôme par un autre en laissant blessure profonde dans la personnalité du patient (65). L'hypnose fut tellement associée aux névroses de guerre qu'elle était même

proposée comme test diagnostique par Podiapolsy en 1917 (66). Elle s'enclava donc dans un domaine très précis des maladies mentales au début du XX^e siècle. Après la guerre de 1939-1945, les stratégies thérapeutiques brèves se développèrent très rapidement. Elles permettraient de mieux concilier l'efficacité avec le besoin de guérir les soldats rapidement.

Entre 1910 et 1970, l'hypnose devint cendre. La pratique de l'hypnose persistait de manière parcellaire et isolée chez certains praticiens mais il n'y avait plus de communauté pour alimenter la stimulation intellectuelle, ni de courant constitué pour porter des recherches et développer des théories.

I.1.1.4. L'hypnose telle un phénix (XX^e siècle)

La résurgence de l'hypnose

Cette résurgence apparaît outre-Atlantique au début du XX^e siècle de manière concomitante avec le déclin de l'hypnose en Europe à cheval sur la fin du XIX^e siècle et début du XX^e siècle. Nous aborderons dans un premier temps le cas de Milton Erickson puis celui de quelques autres thérapeutes qui ont participé au retour de l'hypnose auprès du grand public et sa démystification progressive au cours du XX^e siècle.

Milton Erickson

Milton Hyland Erickson (1901-1980), est le deuxième enfant d'une fratrie de neuf. Né dans la Sierra Nevada en 1901, il déménagea quelques années après avec sa famille vers l'Est afin que lui, ses frères et ses sœurs aient de meilleures conditions d'éducation selon la volonté de leurs parents. Vivant dans une communauté rurale où les livres sont rares, Milton ne se lassait pas de lire tout ce qu'il pouvait. Cela était d'autant plus étonnant, en plus de contraster avec le reste de fratrie et les enfants de son âge, qu'il était dyslexique, daltonien et avait un déficit auditif. A quinze ans, il écrivit un article dans la presse locale sur les conditions des jeunes gens à la ferme. Intéressé par la possibilité de changer les choses, il admirait le médecin de campagne qui apportait de l'espoir aux plus isolés. Deux ans plus tard, il fut atteint par la poliomyélite. Milton n'en fit pas cas et lutta pour déjouer le pronostic dramatique annoncé par le médecin de famille. Il passa la nuit, et après un combat de trois jours, il déjoua le pronostic annoncé. Cependant il resta totalement paralysé avec une grande difficulté pour parler. Conservant son désir d'apprendre il s'imprégna des sons environnants ainsi que de leurs significations. Un jour, laissé seul sur le rocking-chair, il arriva à initier un lent mouvement de balancement. Il expérimenta l'idée d'un progrès. A partir de ce moment il se consacra à la réalisation de petits objectifs et l'exploration de ses souvenirs à la recherche de sensations corporelles. Au cours des semaines et des mois suivants il se consacra à cette tâche. D'une brève secousse involontaire d'un doigt, il la transforma en acte volontaire, puis l'étendit à la main. Il continua à progresser peu à peu jusqu'à son deuxième apprentissage de la marche qu'il copia sur sa plus jeune sœur qui était en train d'apprendre à marcher. Son exploration du pouvoir des idées et des connexions entre la pensée et le corps accompagna son rétablissement. Après deux années de rééducation, il intégra l'Université du Wisconsin sur des béquilles. Peu après, Erickson décida de partir en canoë de Milwaukee à Saint-Louis en passant de la Wisconsin River au Mississippi. En dépit du désistement de son ami qui avait prévu de venir avec lui, il partit finalement seul pour quinze jours de voyage avec cinq dollars en poche et ses béquilles. Il revint dix semaines plus tard, avec toujours cinq dollars, une grande forme musculaire du haut du corps et de nombreuses expériences humaines qui ont enrichi ses observations sur les interactions sociales. En 1928, maîtrise de psychologie en poche en plus de son Doctorat de médecine, il fit un internat de psychiatrie. Il utilisa toutes ses

infirmités comme des avantages dans sa pratique et sa vision du monde. Il fit principalement sa carrière universitaire dans le Massachusetts et le Michigan. Il s'installa ensuite, en partie pour des raisons de santé, en 1948 à Phoenix en Arizona. Il continua ses conférences et sa pratique médicale malgré sa deuxième crise de poliomyélite à 50 ans. En 1967, son confinement dans un fauteuil roulant ne l'empêcha pas de continuer à utiliser l'humour avec habilité et d'expérimenter d'une manière privilégiée les « aléas » rencontrés. Ceux-ci lui donnaient, à chaque fois, une perspective intéressante et une nouvelle approche de sa vision du monde. Il dispensa ses enseignements jusqu'à sa mort, en 1980. Il reste un exemple d'accomplissement de l'impossible grâce à la plus petite chose mobilisable. Il encouragea sans cesse la résilience chez ses patients grâce à l'activation stratégiques de potentialités latentes (67). Observateur hors pair, fort d'une résilience exemplaire et d'une riche expérience dans le développement de techniques de gestion des handicaps, il devint le porte étendard de la résurgence de l'hypnose au XX^e siècle. Erickson démontra que la pratique de l'autohypnose est essentielle et il sublime le concept de suggestions non-directives. Il mit également en avant l'utilité des métaphores et de la personnification des techniques hypnotiques.

En incluant les thérapies stratégiques brèves, avec une intention de soins dissimulée dans des suggestions indirectes, il nous propose un modèle de remise en mouvement par l'utilisation entre autres de la mise en confusion. En effet, Erickson sature le mental et obtient un état de transe propre à réorganiser les croyances du patient, et ainsi le remettre en mouvement. Il est l'un des pionniers de l'hypnose narrative. Il joue sur l'utilisation des ressources internes des sujets grâce à leur vision du monde et leurs expériences subjectives. Le moment hypnotique est une rencontre de deux vécus, au présent, qui prend la forme d'un regard partagé bienveillant.

A la manière de la bataille des écoles de Paris versus Nancy, Erickson avait une approche et des points de vue opposés avec l'un de ses confères. La comparaison avec la bataille des écoles s'arrête là car le confrère en question était Hull, un chercheur passionné, ancien maître d'enseignement de l'hypnose d'Erickson qu'il respectait malgré une séparation nette de leurs idées. Hull tentait de créer un protocole universel et standardisé d'hypnose pour soigner de manière plus efficiente les patients grâce à la recherche expérimentale. De son côté, Erickson, devenait le représentant de la spécificité interpersonnelle de l'approche hypnotique (68,69).

Erickson n'a jamais publié d'ouvrage. Son savoir est principalement transmis de maître à élève. Un de ses élèves, Ernest Rossi, a compilé les comptes rendus des congrès auxquels Erickson a participé et les séances d'hypnoses qu'il a menées. Rossi a édité les « *Collected papers of Milton H. Erickson on Hypnosis* » en quatre volumes (70).

Quelques autres thérapeutes qui ont marqué le renouveau de l'hypnose

Nous ne pouvons que décrire l'apport d'Erickson à l'hypnose dans un paragraphe spécifique. Cependant, bien qu'il fût l'étincelle pour rallumer l'hypnose, le feu continua à s'alimenter en Amérique grâce à des hypnothérapeutes de plus en plus nombreux. Cette effervescence ne mit pas longtemps à s'étendre dans le reste du monde. La communauté de l'hypnose devint solide et les recherches se multiplièrent pour donner un caractère scientifique à cette pratique.

Dave Elman dynamisa l'hypnose sur le continent américain grâce à sa personnalité et son talent. Il publia un livre « *Hypnotherapy* » qui ancrâ définitivement cette pratique dans le XX^e siècle et la ramena dans le champ de la santé. Bien qu'homme de scène, il n'en était pas

moins fin observateur clinique et développa avec finesse l'étude des barrières psychiques ainsi que le domaine de l'imaginaire dans ses ouvrages. Il développa notamment l'étude de la perte de la fonction logique en état de transe. Elman décrit en 1970 cette fonction comme « un état dans lequel le sens critique de l'être humain est contourné ».

Ernest Rossi poursuivit les travaux d'Erickson tout en accentuant la rencontre du présent. Il est le garant de plusieurs techniques d'induction et d'accompagnement dans les états modifiés de conscience. Clark Leonard Hull publia en 1933 « *Hypnosis and Suggestibility* ». Ce livre décrit les applications cliniques de l'hypnose dans la gestion des douleurs et démontre son efficacité en anesthésie.

La Russie (République russe, URSS puis Russie) est le deuxième pays à cette époque à développer des recherches sur l'hypnose, engouement qui persiste encore de nos jours. Quand nous associons hypnose et Russie nous pensons principalement à Ivan Pavlov (1849-1936), prix Nobel de médecine, qui a travaillé sur l'hypnose pour l'étude des réflexes conditionnés. Moins célèbre que Pavlov, Vladimir Bekhterev (1857-1927) traitait les patients souffrants de trouble de l'usage de l'alcool en groupe par hypnose. Il était un neurophysiologue connu pour avoir décrit la spondylarthrite ankylosante et avoir fait des coupes anatomiques du cerveau.

En France il fallut attendre plus longtemps pour que le feu prenne en raison d'une rupture historique plus marquée et très tranchée, à la française. C'est Léon Chertok (1911-1991) qui consolida le pont entre l'hypnose et les manifestations psychosomatiques. Il permit de reconsidérer l'usage de l'hypnose comme une méthode plus globale qu'une médecine de l'esprit (71). Ses travaux permirent un regain d'intérêt pour l'hypnose à partir de 1945. Didier Michaux, en 1982 donna également une impulsion favorable à la psychologie de manière générale et à la recherche. Ce timide regain d'intérêt français s'embrasa avec la popularisation de la vision d'Erickson et de ses méthodes. Cette popularisation a été faite grâce aux psychiatres Jean Godin et Antoine Malarewicz de manière concomitante avec l'apport de Jay Haley sur Erickson qui avait « francisé » les méthodes de ce personnage hors du commun (72).

I.1.1.5. L'hypnose contemporaine

Nouvelles formes d'hypnose

Daniel Araoz, sexologue américain, a créé le terme de « nouvelle hypnose ». Encore moins directif que l'hypnose ericksonienne, elle suractive les mécanismes inconscients par des chemins détournés. Cette « nouvelle » forme d'hypnose place directement le patient comme acteur de son hypnose en lui demandant d'imaginer comment ça serait s'il était en transe, de répondre à des questions sur lui-même, etc.

L'hypnose n'est pas forcément nouvelle, mais elle est de plus en plus spécifique et de plus en plus efficiente. Citons ici la pratique du Docteur Marie-Elisabeth Faymonville qui sublime depuis plusieurs années l'utilisation de l'hypnose en anesthésie-réanimation. Ou la pratique d'Éric Bardot (psychiatre et pédopsychiatre français) qui développe l'externalisation de la résultante émotionnelle de la rencontre hypnotique grâce aux travaux de John Bowlby (psychiatre et psychanalyste anglais). Ou encore celle de l'hypnothérapeute Michael D. Yapko qui étaye la symbiose de l'hypnose et de la pleine conscience dans l'accompagnement des épisodes dépressifs caractérisés.

François Roustang, né en 1923, psychanalyste puis hypnothérapeute (chemin inverse de Freud) place l'hypnose comme l'outil de référence dans le champ de la perception et de la sensorialité (73). Il embellit ce moment de partage dans l'ici et maintenant.

Ce ne sont là que quelques exemples qui ne traduisent ni l'exhaustivité, ni la créativité actuelle des hypnothérapeutes contemporains.

L'hypnose « conversationnelle » et thérapies « stratégiques »

La pratique de l'hypnose peut être formelle avec des limites précises (un début, un milieu et une fin de session) ou plus informelle avec l'hypnose dite « conversationnelle ». L'hypnose conversationnelle s'organise autour de suggestions parsemées durant un état de transe légère sans induction claire au préalable, une sorte d'hypnose sans hypnose. Ces suggestions indirectes sont souvent difficiles à percevoir et s'intègrent parfaitement dans la structure d'un entretien. Elle s'associe avec les thérapies « stratégiques », qui complètent le pont entre les thérapies brèves, solutionnistes notamment, et l'hypnose. Lors de cette hypnose narrative, l'opérateur reprend les techniques et façons d'interagir propre à l'hypnose mais il les distille habilement au cours d'un entretien « classique ».

L'hypnose conversationnelle, façon d'être à la manière d'Erickson, est un moyen de communiquer différemment. Différentes techniques de confusion et de recadrage vont permettre de contourner la critique imposée par son esprit conscient au sein d'un langage qui présuppose le changement (langage ericksonien, orienté vers les solutions). A aucun moment le thérapeute explicite qu'il a perçu la nature du trouble pour éviter l'introspection nuisible, celle qui enclencherait des résistances opposées au projet de soins. Aucune analyse critique n'est émise sur l'attitude du patient, ni ses objectifs pour arriver à construire un ensemble de « solutions » possibles par le biais de techniques de communications spécifiques (mise en situation métaphorique, suggestions paradoxales, prescription d'un symptôme ...). L'ensemble du traitement peut être contenu dans les métaphores afin de promouvoir un processus de changement suggéré, ou plutôt « esquissé » par un recadrage de la problématique, proposée à travers une mise en représentation imaginaire. Cette technique permet d'introduire l'idée d'un changement inimaginable dans la réalité (37). Nous parlons bien d'hypnose et non pas de suggestions conversationnelles, car « parler d'hypnose conversationnelle, c'est avant tout parler... d'hypnose, donc de suggestions données dans le cadre d'une transe, certes légère mais bien réelle » (74).

Erickson parle d'un « état poétique à deux » dans lequel l'imagination et la créativité du binôme patient/thérapeute va dessiner les contours d'une relation empathique. Le terme poétique est utilisé là dans le sens de « création » du verbe *poiein* « faire/créer ». Le but est d'atteindre un état de transe légère permettant de se penser, se ressentir et de s'imaginer différemment. Des suggestions adaptées vont permettre de tisser une réciprocité affective, fil d'Ariane, qui va guider la création d'un espace propice au changement mais également de permettre de créer un espace inattendu, qui va répondre au besoin du moment présent du patient. Ce type d'entretien dit narratif a été formalisé par Erickson en lien avec l'esprit humaniste de Carl Rogers affirmant l'importance de la confiance interindividuelle et l'exploitation des capacités intrinsèques de chacun. Ce type d'hypnose narrative s'inscrit dans l'« ici et maintenant » et est appelée hypnose conversationnelle (ou narrative) (75).

Les contours de l'hypnose actuelle

Au début des années 2000 apparaît le premier diplôme universitaire d'hypnose médicale à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière sous la direction de Pierre Coriat, professeur et chef

de service d'anesthésie. À ce jour plus de quinze diplômes universitaires d'hypnose existent en France, couvrant un grand champ de disciplines médicales et sous la direction de spécialités très variées (psychiatrie, anesthésie...) (76).

En 2014, Meyerson, déplore encore l'existence de croyances et d'idées reçues à propos de l'hypnose. Elles restent des barrières majeures au développement de son utilisation. Elles tiennent à des conceptions bien enracinées, issues de l'histoire de l'hypnose et de représentations mystiques véhiculées par l'hypnose de spectacle. L'amalgame encore répandu de l'hypnose avec la magie n'est pas sans rappeler l'hypnose du XVIII^e siècle. Meyerson souligne l'importance de la phase « pré-hypnotique » de la thérapie dans laquelle le praticien doit interroger d'abord, et ce de façon systématique, les patients sur leurs croyances à propos de l'hypnose afin de donner d'éventuelles explications appropriées (77).

Les recherches internationales sont de plus en plus nombreuses et depuis le magnétisme animal de Mesmer, qui paraît loin maintenant, l'approche de cet outil de manière scientifique commence à faire bouger de nouvelles barrières et représentations. Jean Becchio et Bruno Suarez pensent en effet que « Le vocable hypnose, dans sa version thérapeutique désuète, liée sur les plans historiques et sémantiques au sommeil, va être remplacé par un concept plus moderne, en lien avec les découvertes des chercheurs : thérapie par activation de la conscience. » (7).

I.1.1.6. La filiation avec le développement des thérapies brèves

Erickson reste l'un des plus grands investigateurs des thérapies brèves. Bill O'Hanlon est un élève d'Erickson très prolifique en termes d'ouvrages sur l'hypnose, notamment dans le domaine de l'orientation solution. Il utilise l'hypnose « orientée solution » qui combine l'hypnose d'Erickson et l'orientation solution dans tout le panel possible des psychothérapies.

Gregory Bateson (1904-1980) est un anthropologue britannique qui a reconsidéré l'importance de l'environnement et du contexte interactionnel dans l'apparition des troubles psychiques dès la fin des années 50. Il façonne le concept de double contrainte (double bind) et du traitement des pathologies familiales. Il façonne également le développement d'un mouvement écosystémique novateur porté par le groupe de Palo Alto (78). Selon Erickson la singularité permet de penser la psychothérapie au-delà du savoir théorique et de cibler instinctivement les actions thérapeutiques en fonction de l'espace de partage créé en entretien avec le vécu des deux protagonistes, le patient et le thérapeute. Paul Watzlawick et d'autres thérapeutes de l'école de Palo Alto puisèrent de cette vision de deux niveaux intrapsychiques permettant divers comportements et réactions pour créer un nouveau paradigme de la psychothérapie. Paul Watzlawick, Richard Fisch, Don Jackson, Jay Haley, John Weakland sont les principaux investigateurs de la célèbre école de Palo Alto près de San Francisco. Ils créent un Centre de Thérapie brève (*Brief Therapy Center*, BTC) qui leur permet d'étudier l'efficacité de thérapies basées sur dix séances. Ils ont été les précurseurs de la dimension systémique des difficultés de vie, notamment l'impact que peut avoir cette dimension dans l'entretien des conflits psychiques du patient. Les thérapies brèves ont pour objectif de mettre en évidence les boucles de rétroaction pathogènes et les moyens de les interrompre. Un travail sur le présent permettant, dans un temps limité, un changement bénéfique et potentiellement durable. Ce changement se veut stable et satisfaisant pour le patient (79). L'approche originale apportée par Erickson tout comme celle de ce nouveau mouvement s'influencent mutuellement (72). L'hypnothérapeute était alors considéré comme un catalyseur de la partie inconsciente du patient, guidant celui-ci vers ses ressources intérieures stockées dans ses

aptitudes latentes, sa mémoire consciente et inconsciente et ses facultés inexploitées d'apprentissage, définissant alors « l'hypnose ericksonienne ».

L'approche systémique, l'hypnose et les thérapies brèves ont cheminé ensemble jusqu'à définir un nouveau rôle aux patients. Les patients sont devenus des clients. Un client est par définition une personne qui par le biais de la monnaie va bénéficier de certaines prestations ou de biens. Un client peut également être défini comme « une personne qui dépend d'un protecteur » (*Larousse*). Nous parlons ici de client pour une personne actrice de sa thérapie et acheteuse de solutions. L'opérateur va orienter vers des solutions, que le client va symboliquement acheter ou pas, sans la notion de transfert financier (bien que les consultations soient généralement payantes en ambulatoire). Dans les pages qui vont suivre nous garderons le terme de patient par commodité d'usage mais il va de soi qu'il peut être mentalement remplacé par client.

Un des grands principes thérapeutiques, ancré dans la pratique de l'hypnose et des thérapies brèves depuis ces quarante dernières années, est l'adoption de la position basse par le thérapeute pendant la thérapie. C'est plutôt un modèle complémentaire car la relation patient/thérapeute comporte une position basse et une position haute qui se complètent et s'auto-alimentent lorsque c'est nécessaire. La position basse est plus une façon d'être qu'une technique, elle s'associe au thérapeute après que celui-ci ait pu, après un travail personnel variable, désidentifier dans une certaine mesure son égo (79). Par exemple, le patient est toujours replacé comme le moteur de ses soins, jamais le thérapeute, le thérapeute ne fait pas le travail nécessaire pour atteindre l'objectif, c'est le patient qui le fait. C'est une réorientation utile qui permet au patient d'objectiver que les ressources ne viennent pas du thérapeute, mais bien de son intérieur. C'est un travail constant et évolutif, bénéfique pour le thérapeute lui-même mais aussi pour ses patients. Ce travail nécessaire d'être en accord avec nous-même, afin d'avoir un contact empreint d'empathie pour l'autre, qui aide à habiter dans le présent.

I.1.2. Définition de l'hypnose

L'hypnose est une technique psychothérapeutique qui consiste à induire un état modifié de conscience avec l'aide de l'hypnothérapeute. L'hypnose est donc un état modifié de conscience à visée thérapeutique. Elle consiste à activer et amplifier la perception de certaines composantes de l'expérience vécue tout en diminuant la perception d'autres composantes (80). Pour faciliter cette attention sélective, l'hypnothérapeute va induire la focalisation et l'accompagnement des sensations du patient de l'extérieur vers l'intérieur. Cette focalisation passe par un rétrécissement de la vie sensorielle du sujet. C'est un état de conscience dans lequel nous sommes éveillés de manière différente, notre attention étant orientée plus vers l'intérieur que vers l'extérieur. C'est un mécanisme physiologique simple et inoffensif qui met l'esprit conscient en « veille », permettant une suggestibilité accrue aux changements thérapeutiques proposés en privilégiant le fonctionnement du subconscient. Le processus hypnotique ou processus d'activation de la conscience est un processus physiologique. De ce fait, tout le monde est « hypnotisable », même si les mises en conditions nécessaires à chaque personne pour pleinement vivre cette expérience sont différentes. Actuellement les auteurs parlent plus d'une thérapie par activation de la conscience, état amplifié de conscience (7).

Il existe de nombreuses définitions de l'hypnose. L'hypnose entre dans le Grand Dictionnaire Universel Larousse en 1865 sous la forme d'un « sommeil induit spécifiquement par la fixation d'objets brillants ». Jusqu'au XX^e siècle la définition de l'hypnose tourne autour du sommeil sans pour autant la porter en synonyme. Ludwig en 1966 élabore la notion d'un

« état modifié de conscience », qu'il définit ainsi : « C'est un état mental induit par des agents variés (physiologiques, psychologiques ou pharmacologiques), qui peut être reconnu par le sujet lui-même comme représentant une déviation suffisante de l'expérience subjective ou du fonctionnement psychique par rapport à certaines normes générales pour cet individu durant la conscience éveillée alerte. » (81).

Quelques années plus tard, en 1993, Térésa Robles définit l'état de transe hypnotique comme « un état amplifié de conscience dans lequel nous sommes éveillés de manière différente, notre attention étant orientée plus vers l'intérieur que vers l'extérieur ». Un an après, la section 30 (division de l'hypnose psychologique) de l'Association Américaine de Psychologie a adopté une définition consensuelle de l'hypnose : « L'hypnose est une procédure durant laquelle un professionnel de la santé ou un chercheur suggère une modification dans l'expérience du sujet, du patient ou du client au niveau des sensations, perceptions, pensées ou comportements. Le contexte hypnotique est généralement établi par une procédure d'induction. [...] Certains décrivent leur expérience en termes d'état modifié de conscience. D'autres décrivent l'hypnose comme un état normal d'attention focalisée, dans lequel ils se sentent très calmes et détendus » (82). Nous retrouvons ici la nuance entre un état modifié et un état normal.

L'hypnose est souvent traduite en termes d'état hypnotique, état dans lequel nous sommes ou ne nous sommes pas. Cependant, il semble exister un continuum entre un état de veille et un état de transe dite « profonde ». Cette nuance passe par des états de transe « légère » qui pourraient être observables au quotidien chez tout un chacun. En effet, les états modifiés de conscience sont spontanément et quotidiennement notre lot à tous. Par exemple lorsque notre conscience vigile fluctue de très nombreuses fois dans la journée et nous donne accès à cet état particulier où nous sommes « ailleurs ». C'est l'exemple typique d'un défaut d'attention pendant un cours. Un état d'hypnose léger spontané, survenant naturellement au cours de l'éveil. Une douce rêverie sur laquelle le sujet focalise sa concentration, et ne prête plus attention à son environnement ou ses instituteurs. Pendant ces multiples instants, notre fonctionnement inconscient prend le pas sur notre fonctionnement conscient. Une distractibilité anodine et banale qui est une absorption vers son intérieur provoquant une attention amoindrie de son environnement plus ou moins profonde. C'est par exemple le cas lorsque nous rentrons du travail sur un mode « automatique », n'ayant pas prêté attention à un nouvel élément du paysage ; comme lorsque nous sommes « dans nos pensées » ou que nous nous laissons porter dans un vécu imaginaire lors d'une soirée hivernale quand le feu se donne en spectacle en crépitant dans sa cheminée tout en nous absorbant pleinement sans nous permettre d'entendre une banale question formulée par la personne à côté. Ces « absorptions » d'attention peuvent nous permettre d'être expert d'une tâche particulière, mais également de nous protéger des informations extérieures qui cherchent à atteindre notre conscience. L'état de transe permet ainsi une dissociation relative des composantes sensorielles et affective liées à une information nerveuse, composantes qui sont normalement traitées en parallèles (83). Bien que banal et spontané, il est difficile d'attribuer un sens précis à ce phénomène de distractibilité. Ce phénomène pourrait être considérée comme un état de mise en veille d'une partie du cerveau, dans un simple but de repos, ou dans l'objectif de favoriser l'automatisation de certaines tâches, ou encore de faciliter les associations d'idées et donc l'émergence de la pensée (37). En 2015, l'Association Américaine de Psychologie allège la définition de l'hypnose et la propose ainsi : « Un état de conscience impliquant une attention focalisée et un champ de conscience réduit, caractérisé par une capacité de réponse aux suggestions

accrue » (84). En un an nous voyons que la nuance entre un état normal et un modifié de conscience s'est effacé.

L'hypnose cherche à puiser des ressources dans le psychisme du sujet pour lui permettre de mettre en place de nouvelles stratégies. Elle permet de soutenir une construction, par le patient, d'un nouveau rapport à ses problèmes, le recouvrement de sa liberté et la mobilisation de ses ressources intérieures pour qu'il s'offre une nouvelle façon de vivre sa vie. L'hypnose ne consiste pas à écarter les défenses du patient, mais à proposer une manière de les aborder moins intellectualisée, plus axée autour du percept.

*« L'hypnose est un moyen de communiquer au malade des idées et une compréhension de lui-même, de telle manière qu'il sera particulièrement réceptif aux idées présentées. »
Milton Erickson, 1965.*

L'hypnose peut être définie comme « un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi » (85). Le patient continue donc à percevoir ce qu'il se passe. Le patient ne dort pas, ne perd pas son libre arbitre et il n'y a pas de « lâcher-prise » qui le rendrait à la merci du thérapeute. C'est un mode de fonctionnement physiologique par lequel le patient fait l'expérience d'un champ de conscience élargi. En état hypnotique il y a une hyper-absorption de l'attention qui permet au patient de quitter sa logique rationnelle et de percevoir de nouveaux points de vue en lui-même. Il est simplement plus réceptif aux changements thérapeutiques proposés tout en acceptant uniquement d'aller dans le sens de ce qu'il souhaite.

L'hypnose regroupe par extension les techniques permettant de créer cet état. Weitzenhoffer propose d'employer « hypnotisme » pour désigner la méthode hypnotique et de garder « hypnose » pour l'état hypnotique, produit par l'hypnotisme afin d'éviter les confusions possibles de vocabulaire (86). C'est une méthode ancestrale de soins remise au goût du jour. Bien loin d'un sommeil soumis l'hypnose devient plus palpable et a retrouvé sa place dans la pratique médicale. S'ils n'ont pas confiance en la situation, quel que soit le degré de pratique de l'opérateur, une induction hypnotique ne pourra se faire sans le consentement du patient (26,85). Cette nouvelle vision est la somme d'un important travail de compréhension de cette approche thérapeutique par les neurosciences et d'un travail de fond rigoureux de la part des praticiens afin de replacer cet outil dans le champ de la santé. Pour autant l'hypnose reste encore très stigmatisée à l'heure actuelle. Certains peuvent craindre un effet d'influence, une place de dominante du thérapeute ou d'autres mésusages plus ou moins imaginatifs. Son utilisation doit se faire de manière éthique et déontologique. La bienveillance doit guider les hypnothérapeutes. Des compétences humaines (cognitives, comportementales et émotionnelles) sont nécessaires pour passer d'une simple technique en un outil thérapeutique.

Collot met en avant que nous ne pouvons pas définir de manière exhaustive et précise de l'hypnose tant que la question de l'émergence de la conscience dans le cerveau n'est pas résolue avec certitude (37). Un ensemble d'études semble toutefois apporter de éléments en faveur de la thèse d'un état neurophysiologique spécifique à l'hypnose (87). Cet état spécifique serait « un état particulier de veille » pendant lequel se manifeste une forte activité cérébrale organisée, pouvant mettre en jeu des mécanismes neurophysiologiques complexes (88). L'hypnose recèle encore des mécanismes complexes pour lesquelles il n'existe que des hypothèses et des orientations scientifiques parcellaires. Sans compter que comprendre un mécanisme précis impliquerait une causalité reproductible et universelle du fonctionnement

de la psyché humaine, ce qui semble plutôt restrictif vis-à-vis de la conscience et de la personnalité. Comprendre l'hypnose serait finalement d'arriver à comprendre les mécanismes physiologiques de la « conscience » et les modifications possibles induites par les relations interpersonnelles.

I.1.3. Les composantes de l'hypnose

I.1.3.1. L'induction

L'induction est un ensemble de techniques visant à provoquer un état hypnotique (89). Les méthodes d'induction hypnotique sont donc des procédés mis en œuvre afin de faciliter l'accession du patient dans un état amplifié de conscience par une modification de la vigilance et des processus cognitivo-émotionnels du patient (10). Cette étape permet d'affirmer notre capacité d'absorption pour se concentrer sur notre monde intérieur et nos perceptions.

La réponse à une induction dépend de multiples facteurs, dont (37) :

- la personnalité du patient et celle de l'opérateur,
- la représentation de l'hypnose par le thérapeute et le patient,
- le degré d'« attente croyante » du patient,
- l'attente inconsciente du thérapeute qui s'exprime à travers l'intentionnalité. C'est la conviction qu'il engage permettant l'effet Rosenthal ou phénomène de « prédiction autoréalisante »,
- l'environnement (bruits, odeurs, lumières...) et les circonstances (accueil, motif...).

Il n'existe pas un type formel de réponse à une technique d'induction. L'effet induit pourra donc dépendre à la fois de tous les éléments listés ci-dessus. L'utilisation de suggestions est le moyen le plus classique d'induire l'hypnose. Toutefois la suggestion, indirecte ou directe, n'est pas indispensable pour induire un état hypnotique. Il existe de multiples voies d'accès au monde intérieur, telles que : la déprivation ou la saturation sensorielle, la sidération, les inductions « conversationnelles », la pantomime, les stimuli répétitifs (par exemple, les musiques ethniques de transe), etc. L'auto-induction peut être également obtenue par de multiples voies d'accès comme : l'autosuggestion, l'isolation sensorielle, les techniques de méditation ou bien certaines substances psychoactives qui facilitent la transe (par exemple, les pratiques chamaniques).

Il est d'usage de distinguer les méthodes d'induction « classiques » ou « traditionnelles » des « nouvelles » méthodes d'inductions. Ces dernières, plus permissives et canalisatrices, permettent de respecter la singularité inhérente à la construction de l'alliance thérapeutique et la personnalité du patient. La distinction actuelle entre les techniques d'induction « traditionnelles » et les techniques « nouvelles » est due au psychologue franco-américain Weitzenhoffer. Les méthodes « traditionnelles » sont souvent autoritaires et directives ce qui les rends difficilement utilisables en pratique clinique.

Nous nous arrêterons sur les principales méthodes d'inductions sans oublier quelques références historiques dans le processus de construction de ces différentes techniques. Les techniques d'inductions « traditionnelles » sont au nombre de trois : le toucher, l'imagination et la fixation de l'attention.

Induction par le toucher

Le concept d'induction émergea avec les pratiques de Mesmer. Les baquets mesmériens permettaient une transmission par le toucher grâce à leurs barres ou leurs cordes en plus des passes magnétiques. Ces dernières consistaient à toucher de façon plus ou moins appuyé certaines zones du corps du sujet, souvent le long des bras, de bas en haut chez un sujet debout, pour initier la cure en obtenant d'abord une catalepsie (qui était également suggérée verbalement). Le sujet était alors placé en position allongée jusqu'à l'obtention de la crise « excitomotrice » salutaire concrétisant le rétablissement de la circulation du fluide magnétique. Ces inductions reposaient surtout sur l'effet de masse généré par l'utilisation collective des baquets et de la représentation magique de l'hypnose. Encore utilisé par les hypnotiseurs de spectacle, ce type d'induction n'a pas d'intérêt en hypnose médicale.

Induction par l'imagination

Au commencement du XIX^e siècle, l'abbé Faria accorda davantage de vertu et de pouvoir à l'imagination qu'au fluide. Il introduisit un procédé d'induction essentiellement centré sur la capacité de se représenter des éléments immatériels, abstraits, ou concrets grâce à des suggestions d'hallucinations visuelles, auditives, olfactives et gustatives. À cette époque, la suggestion commença alors à prendre toute sa place. Il renomma le « sommeil magnétique » obtenu « sommeil lucide ». Ces techniques encore sont utilisées aujourd'hui. Le sujet peut aller dans un souvenir agrémenté ou une construction fantasmagorique reposant sur ses désirs. L'imagination permet une certaine créativité pour obtenir des images et perceptions évolutives et dynamiques. Les inductions stimulant l'imagination accompagnent la personne dans un univers qui fait sens pour elle. La personne partage un univers artificiel avec l'opérateur auquel il accorde une valeur de quasi-réalité.

Induction par fixation de l'attention sur un objet physique

Afin d'atteindre un état hypnotique, James Braid montre l'importance de la fixation de l'attention. Il utilise des objets très variés afin de focaliser l'attention (fixation du regard sur un objet brillant par exemple). Sa technique consistait à saturer sélectivement un sens. Alors qu'une partie de la conscience du sujet est fixée sur l'objet, une autre partie est accessible à des suggestions diverses (détente, respiration, etc.), induisant l'état de dissociation. Un de ces outils de prédilection pour focaliser l'attention du patient était la pendule, encore aujourd'hui cette image de l'hypnotiseur avec une pendule reste fortement ancrée dans les mœurs.

Les techniques d'inductions se sont rapidement développées dès le début du XX^e siècle, voici une liste non exhaustive des principales méthodes d'inductions développées après la guerre des écoles.

Induction par fixation de l'attention sur la voix

Pendant la période de désillusion des pratiques de Mesmer, vint la mise en évidence par Puységur de l'importance de la parole et l'absence de nécessité de contact physique. Un peu plus tard, au sein de l'École de Nancy, Liébaux avait démontré que l'induction purement verbale par des suggestions autoritaires suffisait à susciter la transe. Bernheim utilisait quasi exclusivement l'induction par fixation de l'attention sur la voix. Un parfait exemple d'autoréparation mentale et d'attente positive de l'hypnose associé à l'émulation collective est rapporté par André Cuvelier (90). L'anecdote vient de la sœur de Bernheim, Marie, qui raconte que le prestige de son frère fit que l'annonce qu'elle formulait quotidiennement « Le professeur arrive » suffisait à induire un état modifié de conscience chez les patients. Les patients

« s'endormaient » à l'annonce de cette phrase, même lorsqu'une fois sa sœur Marie a confondu les bruits de pas de son frère avec ceux d'un autre homme.

Induction perceptions corporelles

Plusieurs formes de travail psychocorporel facilitent l'attention sélective sur une perception particulière du corps (perceptions différentielles du poids du corps et des points d'appuis, relaxation musculaire, dynamique du souffle, battements cardiaques...). L'avantage est de pouvoir en faire des portes d'accès aisées dans l'autohypnose et de reconnecter le corps avec la psyché. Cette approche facilite la dissociation. Dans le cadre de l'induction par la dynamique du souffle ou des battements cardiaques, l'état de détente induit par l'hypnose va permettre un changement de rythme de la fréquence cardiaque et/ou de respiration qui objectivera l'efficacité de l'hypnose au sujet renforçant d'autant plus l'entrée dans un état de transe de plus en plus profond. C'est le principe utilisé en biofeedback de cohérence cardiaque. Ce type d'induction sur les perceptions corporelles (cénesthésique) ne cherche pas forcément à les associer avec un état de détente ou de relaxation. Pour la relaxation musculaire, il s'agit d'une focalisation de la conscience sur des processus internes tels que la détente musculaire. Ces procédés sont dérivés des techniques mises au point dans les années 50 par Schultz et Jacobson (91,92). En plus de renforcer l'espace de détente cette méthode a tendance à impressionner favorablement le sujet.

Inductions narratives (conversationnelles) et stratégiques

Renforcées par l'approche d'Erickson dans les soins, c'est une méthode qui a pour but d'engendrer une confusion par effet du discours. L'obtention de la perte relative des repères logiques permet de formuler des suggestions directes ou indirectes. L'opérateur va moduler les perceptions du patient pour le guider, consciemment ou pas, sur une possibilité de changement encore non perçue. Les métaphores sont le socle de cette approche. La métaphore provoque par un changement sémantique l'accession à une « autre réalité » ou à un « autre niveau de réalité ». De ce fait elles amènent à des solutions qui vont s'imposer alors qu'elles n'étaient pas envisageables avec les contraintes liées aux représentations d'une situation délétère réelle (37).

Induction accompagnée par les substances psychoactives

Débutées dès l'aube de l'hypnose, fortement associées au chamanisme, elle ont également été l'objet d'études plus récentes. Dans les années 70, une technique abandonnée aujourd'hui du fait de son absence d'efficacité, nommé « narcoanalyse » consistait à administrer par voie intraveineuse une substance psychoactive. Les amphétamines et les barbituriques d'action courte ont principalement été utilisées pour créer une dissociation artificielle.

Induction par suggestions motrices

Par exemple l'induction par une suggestion motrice telle que la lévitation du bras. Cette induction est basée sur l'utilisation de phénomènes idéomoteurs qui vont être amplifiés pour arriver à une dissociation rapide et apparente. Il en est de même avec la catalepsie. Elle favorise la dissociation et l'installation dans un état hypnotique plus « profond ». Ces deux techniques permettent au sujet d'avoir une confirmation idéomotrice et « visuelle » pour accepter le fait qu'ils sont en hypnose.

Toute perception sensorielle est fondée sur des variations du stimulus. La monotonie d'un stimulus joue un rôle capital dans la baisse de l'état de vigilance et de l'état de conscience

générale. Un point fixe devant les yeux, la répétitions des mots, un balancement rythmique, ont tous comme objectif d'assurer une constance de ce stimulus. Cette stimulation constante et monotone va induire un phénomène d'adaptation sensorielle, au niveau des récepteurs périphériques et centraux (processus d'analyse et d'éveil). Puis entrainer une diminution de la conscience de l'objet par le sujet (au niveau de la substance réticulée) et une diminution des réflexes d'attention à son égard (80). Il s'ensuit une baisse de l'attention du monde extérieur et une ouverture facilitée au monde intérieur. L'induction permet une « déconnexion » des afférences du monde extérieur (hormis avec l'épurateur). Le sujet est donc moins attentif à tout autre stimuli que ceux induits par le thérapeute. Il est tout à fait possible d'associer, à des degrés variables, plusieurs méthodes d'inductions. Les inductions ne dérogent pas à la règle de l'hypnose, tous les aspects et tous les effets peuvent se recouper et s'intriquer. Le choix d'une ou plusieurs méthodes d'induction ne devra pas être motivée par l'intérêt, l'habitude ou la compétence (ni le spectacle) du thérapeute mais par le fonctionnement psychopathologique, la prédominance sensorielle du sujet, le mode de relation et des caractéristiques du patient accueilli.

I.1.3.2. Les suggestions hypnotiques

L'hypnose se caractérise par une augmentation de la suggestibilité. Cette aptitude représente qu'une dimension de l'hypnose et ne la définit pas pour autant. Notion moins évidente au XIX^e siècle et début du XX^e, période au cours de laquelle l'hypnose était parfois synonyme de suggestibilité. Les suggestions sont appelées ainsi car elles produisent des effets volontaires ou non, observables ou non, lors d'une communication à un sujet. Leur production se déroule fréquemment sans que le sujet en soit conscient et peuvent être la réponse concrète à une idée proposée. Le postulat est que suggérer une idée, c'est la concrétiser et l'obtenir. Une suggestion peut être verbale, para-verbale (intonations, pauses...) ou non verbale (gestuelle, mimiques, posture...).

Gay propose une définition de la suggestion de la sorte : « La suggestion se définit comme étant une communication à un sujet avec attente d'actions observables ou non-observables. Ces communications sont appelées suggestions sur le fait que les effets qu'elles produisent ne sont pas volontaires. Elles sont considérées comme spéciales car :

- les réponses qu'elles provoquent présentent un caractère involontaire ou non-volontaire ;
- leur production se déroule fréquemment sans que le sujet en soit conscient ;
- la réponse évoquée peut être considérée comme reflétant l'idée centrale contenue dans la communication en question, la réponse donnée peut être considérée comme une réalisation concrète de l'idée » (89).

Bien qu'il existe de nombreuses classifications des suggestions, nous allons les séparer classiquement en deux grandes catégories qui sont :

Les suggestions autoritaires. Elles sont un type de suggestions directes habituel et quasi exclusif jusqu'au début du XX^e siècle. Elles reflétaient le cadre hiérarchique sous-entendu par la position dominante du thérapeute grâce à son savoir et sa technicité. De nos jours cette asymétrie de compétence dans l'approche thérapeutique du patient n'a plus lieu d'être et limite ainsi l'intérêt de ce type de suggestions. Encore présentes dans l'hypnose de spectacle, elles restent réservées à des situations bien particulières en pratique clinique.

Elles sont peu utilisées car peu efficaces et risque d'augmenter le rejet de cette approche thérapeutique par le sujet en même temps que sa résistance aux changements.

Les suggestions permissives. Elles peuvent être directes, indirectes ou contingentes. Il pourra s'agir de suggestions post-hypnotiques, forme spécifique de suggestions directes dont l'objet prendra effet à l'issue de la transe. Il pourra également s'agir de l'hypnose conversationnelle et des thérapies stratégiques et solutionnistes, inspirées par le travail d'Erickson. Elles sont faites principalement de suggestions indirectes ensemencées au cours de l'entretien pour introduire l'idée d'un changement. Elles s'appuient pour cela sur trois concepts élémentaires : l'impact interpersonnel du thérapeute, l'attribution de consignes et la communication métaphorique (93). Les suggestions sont alors utilisées comme des techniques de « recadrage » de la problématique du patient, utilisant une représentation imaginaire pour amorcer les processus de changement. Elles permettent d'amener le patient à obtenir sa propre coopération au changement qu'il demande initialement inimaginable dans sa réalité en contournant la conscience vigile soumise à des blocages d'apparence insoluble. De ce fait, aucune de ces techniques n'est menée à l'insu du sujet comme pourrait l'être une technique de manipulation. Les suggestions permettent donc d'introduire l'idée d'un changement qui correspond au désir du patient.

Dans l'hypnose ericksonienne, les suggestions indirectes prédominent. Elles peuvent revêtir différentes formes et différents contenus. Elles sont très efficaces pour contourner les résistances étant donné qu'elles sont formulées de manière « ouverte » dans le dialogue et peu identifiables. Tout comme les suggestions directes, il existe un immense panel de type de suggestions indirectes. Parmi ces dernières nous retrouvons entre autres (94) :

- **le paradoxe** : qui permet de suggérer quelque chose pour obtenir le contraire. Par exemple lorsque nous entendons : « Ne cherchez pas à vous détendre... », nous avons tendance à se détendre ;
- **le choix illusoire** : qui donne la possibilité entre deux choix dont la finalité est la même ;
- **l'allusion** : à quelque chose que nous souhaitons mettre en évidence, comme au changement permanent des cycles de la nature ;
- **les suggestions mobilisatrices** : qui impliquent un cadre ouvert flou que le patient va remplir. Par exemple : « Votre esprit non conscient va mettre en place ... ce qui est favorable... pour mobiliser... vos ressources... et ainsi vous permettre d'avancer... sur ce chemin... qui conduit... au but. » ;
- **les métaphores** : qui utilisent une langue figurée favorise des sensations et des interprétations nouvelles que l'inconscient construit dans la réalité psychique de la personne. Elles permettent d'associer un terme à un autre appartenant à un champ lexical différent, pour décrire une chose, mais aussi lui donner une valeur de compréhension ou d'expérience plus riche qu'une simple description. D'usage courant quand nous disons « Je suis dans la lune » ou bien « Un soleil de plomb », elles font partie du quotidien. Elles rendent concrète une idée abstraite, au moyen d'une image figurée. Les métaphores sont très utilisées en hypnose, quel que soient les indications, pour créer un support de la conceptualisation de l'expérience et organiser inconsciemment notre perception du monde de manière forte sans s'initier dans l'ingérence. Excellent outil en addictologie, elles sont largement utilisées. Les métaphores sont très étudiées en recherche clinique. Lakoff et Johnson ont mis en

évidence que les métaphores ne sont pas faites au hasard mais qu'elles forment un système complexe et cohérent desquels nous conceptualisons nos expériences (95). Plus récemment, la linguistique cognitive a permis de modéliser le rapport entre pensée métaphorique, langage et corps, sous la notion de « métaphore conceptuelle » (75). Les métaphores ont d'exceptionnel le fait qu'elles existent grâce à la coopération des deux hémisphères. Paul Watzlawick a relié ainsi ces deux cerveaux, « l'intellectuel » et « l'artiste », dans l'espace métaphorique (96).

Il existe une myriade d'autres suggestions que nous ne détaillerons pas telles que, la séquence d'acceptation, les implications, les directives impliquées, le questionnement, les suggestions négatives paradoxales, le double lien, le saupoudrage, les suggestions inter-contextuelles ou composées, les truismes, les suggestions par absence, les suggestions liées au temps...

L'état de transe étant un phénomène naturel implique indirectement que toute personne est potentiellement apte à entrer dans un processus hypnotique. L'étude des suggestions permet d'aborder celui de résistance à l'hypnose. L'hypnose ne fait pas « tomber » les résistances, elle pourrait même les renforcer du fait de l'effet de régression induit. Ceci serait d'autant plus vrai que le type de suggestion employé est autoritaire, pouvant mettre à mal toute réceptivité (37). En pratique, nous constatons des différences de réceptivité aux suggestions verbales et non verbales entre différents patients. Certains patients, dit « réfractaires », sont parfois plus enclins à s'engager dans l'exercice d'hypnose lorsqu'ils ont pu faire l'expérience de certains phénomènes sensoriels. C'est pourquoi il peut être utile pour le thérapeute de faire des tests de suggestibilité pour préparer le patient lorsqu'il est en insécurité et faciliter son approche de l'hypnose en dehors de tout enjeu de réussite (10). C'est en ce sens que ces tests sont principalement faits (hors hypnose de spectacle qui se sert de certains tests pour mieux manager le « show »). Les échelles permettant d'attester d'un degré de suggestibilité sont détaillés dans la partie méthodologie (cf. infra) et sont quasi exclusivement réservés à la pratique de la recherche clinique.

La distribution de la susceptibilité hypnotique dans la population a pu être explorée grâce à la construction des échelles de Stanford (échelles de susceptibilité hypnotique), elles indiquent qu'environ 10 à 15% de la population est réfractaire à l'hypnose. Il existerait une même proportion de sujet très répondeurs et parmi eux 1 à 4% pourraient être considérés comme des sujets « exceptionnels ». Cette exploration a également montré que le genre et les capacités intellectuelles n'interfèrent pas dans la réponse à l'hypnose (89).

En 2000, Barber (97) décrit trois catégories de sujets très bons, voir hautement « répondeurs » à l'hypnose : ceux présentant d'importantes aptitudes à l'imagination, ceux ayant une bonne propension à l'amnésie (capables de compartimenter leur mémoire), et ceux dans des dispositions positives à coopérer au maximum. Il ajoute que chaque sujet est affecté par quatre types de facteurs déterminants du comportement, qui peuvent potentiellement être maximisés en situation hypnotique :

- les facteurs sociaux qui obligent le sujet socialisé à coopérer et à essayer de réaliser les attentes du thérapeute au travers de ses suggestions,
- les capacités propres à l'hypnothérapeute et ses caractéristiques personnelles (ses capacités de communication, son efficience interpersonnelle, ses idées créatives ... et donc la nature de la relation interpersonnelle sujet-thérapeute,
- la qualité de la procédure d'induction,

- la profondeur du sens, de la créativité et de la « force » des idées suggérées.

I.1.3.3. Les phénomènes hypnotiques

Les manifestations spécifiques à la transe hypnotique sont des phénomènes naturels qui peuvent s'expérimenter à travers de nombreux actes de la vie quotidienne et de façon plus formelle dans l'espace de thérapie ou du soin. Les phénomènes hypnotiques désignent les expériences et comportement issus des suggestions émises sous hypnose. L'expérience subjective de l'état hypnotique amène à ressentir des phénomènes hypnotiques dont leur singularité et leur intensité va permettre un travail de réorganisation psychique associé ou non à des modifications perceptuelles. Ces éléments subjectifs sont parfois spontanés, mais ils peuvent également être parfois recherchés en fonction de l'objectif thérapeutique. Il serait ambitieux de faire un inventaire exhaustif des phénomènes hypnotiques sachant que les suggestions peuvent influencer les fonctions humaines dans leurs dimensions mentales et physiologiques. Sans omettre que la répartition en catégorie est souvent arbitraire et que les phénomènes s'intriquent fréquemment. Certains de ces phénomènes induisent un ou plusieurs signes cliniques de transe (cf. infra) et leurs limites respectives sont parfois floues. Par ailleurs, aucun de ces phénomènes n'est spécifique à l'hypnose, ils peuvent être induits par des lésions cérébrales, d'autres types de thérapies (méditation par exemple) ou la prise de substances psychoactives (ecstasy, cannabis, ayahuasca...).

Les « états » de transe se caractérisent par de profondes modifications psychologiques et neurophysiologiques. Avec notamment une perte des repères spatiotemporels avec un trouble de l'identité pouvant aller jusqu'à la dissolution partielle du moi et un vécu hallucinatoire. Il peut se rajouter une insensibilité partielle ou complète (37).

Dans les principaux phénomènes hypnotiques (10,80,89,98) nous retrouvons notamment :

- **des changements physiologiques** : avec une sollicitation système moteur volontaire (rigidité, contractures, paralysie, catalepsie, myasthénie). Par exemple, lors du phénomène de catalepsie, le contrôle conscient des muscles est relayé au second plan. Ce phénomène est utilisé pour approfondir la transe, objectiver une action de l'hypnose, alimenter des métaphores d'immobilisation ou bien activer spécifiquement des ressources particulières. Les domaines de l'algologie et de la sexologie utilisent sans restriction les possibilités de la catalepsie (comme celle de la lévitation) dont la symbolique est explicite. Le système moteur involontaire intervient également (réflexes automatiques, réactions cutanées à l'évocation d'une brûlure, vasoconstriction et érection pileuse à l'évocation d'une sensation de froid) en lien avec le vécu de la transe ;
- **des modifications sensorielles** : en premier lieu nous pouvons évoquer l'anesthésie, l'hyperesthésie et les hallucinations. La mise en jeu de variations de perceptions peut conduire jusqu'à l'analgésie ou l'anesthésie (une anesthésie spontanée et complète peut être développée au niveau d'un membre). Une analgésie peut être spontanée ou suggérée par l'opérateur à des fins thérapeutiques. Phénomène plus qu'intéressant dans les milieux chirurgicaux et les douleurs chroniques. Il peut agir en symbiose avec les anesthésies et les analgésiques pharmaceutiques pour diminuer leurs posologies jusqu'à parfois les rendre obsolètes. L'hyperesthésie convie à l'augmentation de la sensorialité d'un sens ou plusieurs sens par la sollicitation et la mobilisation des canaux sensoriels du VAKOG (visuel, auditif, kinesthésique, olfactif et gustatif). Cette

compétence est utile pour augmenter les apprentissages et les performances dans les milieux professionnels et sportifs. Les hallucinations quant à elles, peuvent être positives (perceptions sans objet) ou négatives. Les hallucinations négatives consistent en une omission d'une partie de la réalité, comme la lampe éblouissante du dentiste qui ne sera plus perçue pendant les soins. A ces trois types de phénomènes sensoriels peut s'ajouter une amplification de l'acuité sensorielle proprioceptive et une amplification de l'imagerie mentale ;

- **une augmentation de la suggestibilité** : le sujet aura une forte tendance à rejeter tout jugement critique et à tolérer les suggestions faites sous hypnose avec une expérience de réponse quasi-automatique nommée « principe d'involontarité » (26). Le sujet a l'impression que ce qui se produit se passe sans son intervention propre, alors que c'est évidemment le contraire. Se mettra également en place la possibilité de réalisation de suggestion post-hypnotique (SPH). Les SPH sont le plus souvent directes et consistent à « programmer » ou « reprogrammer » par des figures du langage formulées pendant un état hypnotique un comportement. Habituellement un sentiment de détente, de confiance en soi, de surprise agréable, ou la persistance d'un effet anesthésiant. Ce comportement se produira à l'issue de la séance d'hypnose, et ce, immédiatement après la sortie de transe ou dans les jours suivants. Le fait que ce phénomène puisse intervenir à distance de la séance formelle va renforcer la tendance à nier la participation de l'hypnose ;
- **des variations émotionnelles** : elles sont facilement générées par leur association avec un événement suggéré. L'hypnose va permettre un dialogue avec son intérieur afin que le patient se les approprie selon une nouvelle perspective. Les variations émotionnelles peuvent être liées à une reviviscence qui induit leur production (rires, sourires, pleurs, tensions). Le patient peut ramener des images très chargées émotionnellement. Il est possible que la charge émotionnelle soit intense et que les patients « déchargent » leurs affects. Nous parlons alors d'abréaction ;
- **des changements mnésiques** : traduits par une altération des fonctions mnémoniques sous forme d'amnésie, paramnésie (pseudo-mémoire) et hypermnésie. L'amnésie peut être spontanée (chez des sujets ayant la caractéristique d'oublier une partie ou la totalité de la séance à son issue) ou provoquée par une suggestion post-hypnotique de l'opérateur pendant la transe. Elle permet en particulier de laisser l'inconscient poursuivre son travail de réorganisation intrapsychique sans être entravé par les limites d'un mental trop critique ou peu confiant dans les résultats à venir. L'hypermnésie permet d'accéder à des pans de vie oubliés, parfois utiles, et de les analyser de manière très précise sans les revivre (la personne reste associée au présent, différemment de la régression en âge) ;
- **des modifications cognitives** : avec une absorption de l'attention (qui traduit la tendance que nous avons de nous engager dans une expérience conceptuelle ou imaginative), une interprétation littérale (les paroles de l'opérateur sont comprises textuellement, de manière analogique, et les variables telles que l'abstraction ou la négation ne seront pas prises en compte), une logique de transe (le sujet pourra accepter des incompatibilités logiques grâce à une diminution du jugement et du scepticisme réaliste tout en rationalisant son expérience hypnotique), et un rapport à l'opérateur (le sujet va se détacher du reste de l'environnement et présentera une attention sélective aux stimuli de l'opérateur) ;

- **des changements dans les processus symboliques** : l'aphasie, agnosie et apraxie peuvent être provoquées, tout comme l'écriture automatique et la genèse de rêves ;
- **des distorsions temporelles (et spatiales)** : la perception des durées par le sujet est altérée (une séance de quinze minutes peut en paraître cinq comme trente), tout comme les ressentis corporels et la façon dont l'image du corps est perçue. La modification de la perception du temps dans le sens d'un ralentissement ou d'une accélération est très utilisée dans le traitement des douleurs chroniques (en cancérologie notamment) et dans le contrôle des comportements dans le milieu sportif.

La régression ontogénique

La régression ontogénique fait partie des mécanismes de régression formelle. Ce phénomène fait revivre une situation vécue au-delà d'une simple remémoration. Il s'opère une réorientation totale ou partielle d'une expérience passée dans les attitudes, les affects et les comportements. Le patient expérimente au cours de la transe des « revécus » de situations ou de rêves grâce à l'imagerie mentale en s'affranchissant des processus de vision. Le patient vit pleinement ce moment. Il peut le faire en se resituant dans l'endroit qu'il occupait lorsqu'il l'a vécu ou en s'en distanciant, afin d'observer tout en ressentant les émotions, le souvenir qu'il est en train de revivre. Cette notion est utile dans les états de stress post traumatique, notamment pour amorcer une reprogrammation de l'expérience traumatique de manière sécurisée. Au cours de la transe, le sujet pourrait donc expérimenter l'ensemble des processus de son psychisme, au détriment de ses perceptions extemporanées. Il s'agit du « mécanisme de circulation rétrograde des influx nerveux » ou les perceptions proviennent directement du cerveau et non pas des extrémités sensorielles. L'hypnose permet à travers ce phénomène l'évocation et l'utilisation d'apprentissages inconscients.

Ce mécanisme de circulation rétrograde est proposé par Freud dans sa première topique et traduit par le mot « régression ». Ce terme ramène le sujet à des mécanismes primaires de fonctionnement mental en expérimentant l'ensemble de son contenu psychique tel un « retour à un mode de fonctionnement psychique précoce, prélangagier » (37). Il existerait en conséquence une possibilité d'accès privilégié à l'ensemble des informations enregistrées dans le cerveau, y compris celles relatives à des vécus très précoces. Cette conception de la régression rejoint partiellement l'hypothèse du philosophe français Henri Bergson qui suggère que l'être humain possède en mémoire tout son passé en lui-même et l'hypothèse de son confère allemand Friedrich Wilhelm Nietzsche que le rêve permet l'accès direct à l'époque de l'humanité. Car Freud pensait également que le rêve et l'hypnose étaient les seules portes d'entrée de la régression « phylogénétique » pouvant ramener les souvenirs passés de l'espèce.

La progression en âge : est similaire à la régression mais orienté dans le futur. Bien entendu, l'événement vécu à travers la transe ne fait pas parti de son histoire de vie mais pourrait le devenir. Cette technique est fort utile dans les troubles anxieux pour installer des ressources (par exemple, la capacité de gestion des angoisses) encore non disponibles. Là aussi, plus que la rêverie ou une simple projection, le sujet va réellement vivre ce moment. Il va s'imprégner des expériences vécues afin de modifier ses circuits cérébraux grâce à la neuroplasticité (cf. infra).

La dissociation

Nous allons également détailler le deuxième phénomène hypnotique étudié dans l'épistémologie de la psychologie de l'hypnose, la dissociation. Ce phénomène de dissociation

peut se traduire par la sensation d'être « complètement présent » et simultanément « ailleurs ». La dissociation représente une séparation mentale de différentes composantes qui font partie d'une même expérience temporelle et qui sont normalement traitées en parallèle (83). Le début du XX^e siècle esquissa une divergence de deux courants sur les théories de l'hypnose qui viendront s'opposer dans les années 1950-1970 : la théorie psychosociale, dite « antiétatique » et la théorie « étatique » de néodissociation (57). Selon la théorie psychosociale l'hypnose serait plus un état d'expression psychique particulier, cette hypothèse « antiétatique » est soutenue initialement par Sarbin en 1950 dans la continuité de l'approche de Janet puis enrichie par Barber en 1972. Sarbin parle d'apprentissage de comportements hypnotiques dictés indirectement par l'analyse subjective des autres personnes en société. Il explique que l'hypnose n'est pas nécessaire pour produire des effets de l'hypnose, que ces effets sont non spécifiques et que nous ne puissions attester de l'hypnose objectivement en raison du principe d'involontarité (notion qui donnera suite dans la distinction de suggestibilité et d'hypnotisabilité (98)). Sarbin et Barber déduisent que les sujets hypnotisés ne simuleraient pas mais joueraient un rôle en considérant l'hypnose comme un rituel fondé sur les croyances, les attitudes et les attentes des sujets admis par la société (57,99). Le philosophe Lapassade évoque à ce sujet la théâtralité des rites de transe et de possession en distinguant deux niveaux : celui de la transe et celui du rite (100). Dans les années 1980, Spanos va développer ce jeu de rôle en mettant au centre de ce modèle l'imagination. Il y attache la notion « d'autodéception » avec celle de l'imaginaire pour approfondir la théorie sur la prise de rôle du sujet. Ce rôle que le sujet « s'impose » pour atteindre son but serait sous-tendu par ses attentes personnelles de l'hypnose et celles liées à la représentation sociale. La théorie de Spanos est dite « sociocognitive » étant donné qu'elle est impactée par les variables sociales et les variables de personnalité (101). Il se peut même que dans des conditions appropriées un sujet pourrait se comporter comme ayant des facultés différentes (paralysé, sourd, insensible...). Un sujet hypnotisé peut être considéré comme jouant un rôle, le « jeu du je », ce rôle étant à la fois défini par l'hypnothérapeute et interprété par le sujet selon ses expériences passées, sa culture, ses croyances et ses besoins (102).

L'autre hypothèse consiste à envisager l'hypnose comme établie principalement ou exclusivement sur un état neurophysiologique, dont la dissociation serait une caractéristique. La théorie de « désagrégation » de Janet est reprise par Prince au début des années 1920 (103) et traduite en terme de « dissociation ». Ce mécanisme est supposé à l'origine de l'amnésie. Il s'ensuit que cette théorie s'est vue rajoutée une nuance linguistique supplémentaire, celle de coconscience. Elle permet de désigner des activités cérébrales non pathologiques qui existent en dehors de la conscience qui peuvent prendre provisoirement la place de la conscience. La dissociation est alors définie comme une fonction naturelle du psychisme et se détache définitivement d'un simple mécanisme de l'hystérie en résonance avec les travaux de Janet, eux-mêmes résultant du bagage historique de la Salpêtrière. Hilgard développa en 1977, dans la perspective des théories de Janet et de Prince, la théorie de la « néodissociation », qui rend compte du comportement hypnotique par un phénomène de dissociation accompagné d'une barrière amnésique entre le conscient et le subconscient. Le subconscient reflète une dualité psychique et l'idée d'un « observateur caché » de la conscience placée au sommet hiérarchique que nous pourrions nommer en miroir de « surconscient » (104). Selon Hilgard, la structure hiérarchique du psychisme composée d'un ensemble de structures cognitives spécifiques à certains domaines va interrompre certains liens en fonction du contexte. Les structures cognitives subalternes vont être relayées au second plan lorsque le sujet est en train de rêver légèrement ou lorsqu'il est totalement

absorbé par une pensée. Les structures sont alors dissociées selon une intensité variable et fonctionnent indépendamment de la conscience. Cette dissociation s'accompagne spontanément d'une régression formelle (associant régression ontogénique et temporelle), qui amène le sujet vers un relâchement du contrôle volontaire et donc un flottement des pensées. À tout moment le sujet peut se réassocier et interrompre son flottement de pensée afin d'être attentif à ce qui l'entoure. Ceci explique que certains sujets peu familiarisés avec l'hypnose pensent ne pas être entrés en transe, alors qu'il ont été réceptifs, car ils ont perçu des bruits de l'environnement ou oblitéré partiellement la voix de l'opérateur (37).

La théorie psychosociale et la théorie de néodissociation vont donc s'affronter pour finalement n'évoquer qu'une facette de l'état hypnotique. Elles se concentrent quasi exclusivement sur l'expression comportementale de l'hypnose visible en société sans pour autant comprendre les mécanismes sous-jacents de la conscience. Cette notion est remarquablement exprimée par Collot qui conclut que la dissociation devient une hypothèse explicative de certaines manifestations propres à l'hypnose : « Alors que le corps physique se relaxe et que les sensations s'estompent, il apparaît par exemple à la conscience un corps fantasmatique, avec parfois des douleurs ou des tensions. Elles correspondent le plus souvent à des mises en représentation d'affects refoulés ou non-représentables, auxquels le sujet peut alors avoir accès, grâce au recours à la technique de libre-association : il se crée alors un lien entre la psyché et le soma. Cela corrobore l'hypothèse d'un continuum depuis la conscience « biologique » ou « biochimique » jusqu'à la conscience « psychique ». En conséquence et bien que la nature du lien entre le phénomène moléculaire et les processus de pensées nous échappe aujourd'hui, l'hypnose apparaît comme un lieu privilégié où ce lien se manifeste. [...] La conscience vit selon un rythme propre (comme dans les situations d'isolation sensorielle) et la survenue d'une distorsion du temps est constante. » (37).

I.1.3.4. Les signes cliniques de la transe hypnotique

Ces signes, couramment admis et repérables par l'opérateurs, traduisent l'hypervigilance aux stimuli externes et l'absorption simultanée sur son monde interne (10). Ces manifestations apparaissent variablement, en temporalité et en intensité et ne sont pas systématiques. Ils apparaissent spontanément à l'issue de l'induction, sans avoir fait l'objet de suggestions. C'est l'association du contexte et d'un faisceau d'argument rassemblant plusieurs signes observés cliniquement qui peuvent orienter vers la présence d'un état hypnotique. L'ensemble des signes cités ci-dessous sont fréquemment associés et se recoupent. Tout comme les phénomènes hypnotiques, nous pouvons voir plusieurs composantes qui influencent ce polymorphisme clinique. Parmi elles, la personnalité, la « profondeur » de la transe, la méthode d'induction, l'objectif recherché, les croyances, l'alliance et l'espace affectif partagé avec l'opérateur... (37)

Nous retrouvons principalement les signes suivants (10,26,89) :

- un état de relâchement musculaire et de détente mentale (même en l'absence de suggestion directe ou indirecte de relâchement) ;
- une pression artérielle diminuée et une fréquence cardiaque ralentie ;
- une modification de la température corporelle ;
- une fréquence respiratoire plus lente, possiblement associé à des brèves suspensions,

- un ralentissement psychomoteur, visible lorsqu'on demande au patient de parler pendant l'exercice de transe par des latences parfois longues et une modification du timbre de la voix ;
- des mouvements involontaires (idiosyncratiques) ;
- une fixité oculaire, une inhibition des mouvements volontaires (catalepsie) : le patient peut rester dans des positions peu confortables par exemple ;
- une vasodilatation / vasoconstriction périphérique ;
- des mouvements rapides des paupières et un balayage des orbites (brefs aller-retour) ;
- un larmoiement, une dilatation des pupilles et une défocalisation des yeux ;
- un réflexe de déglutition augmenté ou ralenti, des changements quantitatifs au niveau de la salivation ;
- un vécu de perceptions inhabituelles et parfois paradoxales (cf. supra) décrit par le sujet : flottement, légèreté, lourdeur, paralysie, anesthésie, analgésie, lévitation, amnésie, hypermnésie, fourmillement, modification du schéma corporel, hallucinations, sensation de dédoublement, sommeil, lourdeur, apaisement, etc. ;
- une absence de prise d'initiative : aucune action ne sera entreprise par le sujet sans avoir été formulée par l'opérateur.

I.1.4. L'autohypnose

L'autohypnose est une technique d'induction qui permet au patient, en dehors des séances thérapeutiques, de pouvoir par lui-même entrer en état hypnotique (10). Un moyen pour le patient d'accéder à ses ressources, d'être attentif à son intériorité et de mettre en scène son monde mental pour induire des émotions et des circuits psychiques. L'idée d'une hétérohypnose (séance d'hypnose) semble abusive en un sens, le thérapeute va simplement aiguiller le patient pour faciliter ses premières recherches intérieures et l'accompagner dans cet exercice. Dans ses représentations mentales et sa psyché, le patient reste autonome, même dans le cadre d'une séance d'hypnose formelle. Elman souligne aux praticiens qu'ils n'hypnotiseront pas le patient, mais que le patient d'hypnotisera lui-même (105).

« Toute hypnose est autohypnose » (Tebbetts, cité par Hunter, 1994, 2010).

L'autohypnose est anticipée par le thérapeute et préparée dès la première rencontre. L'objectif est d'autonomiser le patient pour qu'il puisse accéder sans assurance à son propre potentiel interne en état amplifié de conscience. La profondeur de la transe est bien souvent moindre que lors d'un accompagnement par un thérapeute (au début tout du moins) et permet de donner des directives à son inconscient.

I.1.5. Relations et interactions avec le thérapeute

L'hypnothérapie clinique s'inscrit dans un schéma dynamique complexe qui tient compte de l'inter individualité du binôme patient/thérapeute et des caractéristiques bio-socio-psychologiques de chacun. Il en résulte un lien intersubjectif aux caractéristiques particulières.

Ce lien privilégie avant tout les processus résultants de l'empathie (26,106). Cette notion d'empathie, en tant que base nécessaire de la relation thérapeutique, n'est pas récente et a été rapidement évoquée au cours de l'évolution de l'hypnose. James Braid parle d'une

« forme particulière de sympathie », Janet de « passion somnambulique », Deleuze d'un « attachement tendre »... Selon Collot, une « bulle affective se cocrée » au sein de laquelle se manifeste le champ transférentiel. En 1775, Mesmer affirme que « sans la présence du thérapeute, le métal à lui seul n'est rien ». Si nous ne nous focalisons pas sur un possible tour de passe afin que ses baquets ne soient utilisables uniquement par lui-même ou un disciple choisi, nous pouvons indirectement retrouver le dénominateur commun de toute thérapie par hypnose qui est la présence d'une relation interindividuelle. Bernheim parle de « l'aide que peut apporter un esprit à un autre » et fut l'un des premiers fervents de la logothérapie comme base commune à toute psychothérapie, la cure par la parole. Cette notion est intimement liée aux suggestions, et diffère fondamentalement avec la psychanalyse dans laquelle le thérapeute ne vient pas interférer dans l'analyse des rouages psychiques.

Freud, dans son étude de l'hystérie, conditionne le succès thérapeutique par la charge affective qui se joue entre le patient et le thérapeute. Le terme de transfert naît en parti de ce carrefour entre la charge affective (relation affective personnelle) et l'efficacité des suggestions. C'est probablement l'association des multiples cas traités par hypnose et des multiples réflexions sur les charges affectives qui l'amena à conceptualiser la notion de transfert (107). Le célèbre cas de la patiente qui s'est jetée dans les bras de Freud qui aurait permis l'éclosion brutale de la notion de transfert est donc à nuancer. Avec cette notion de transfert, faisant référence aux interactions avec le thérapeute, Freud toucha du doigt l'un des mystères de l'hypnose sur son fonctionnement. Il tenta d'expliquer la force du lien pouvant unir hypnotiseur et le patient par les pulsions sexuelles inhibées et l'état amoureux mais remarqua que ce n'était pas satisfaisant en totalité. Freud formule lui-même dans « *Psychologie des foules et analyse du moi* » au sujet de l'hypnose qu'il y a « encore beaucoup de choses en elle dont il faut reconnaître qu'elles sont incomprises, mystiques. ». Contrairement à ce que laisse supposer certaines traductions, Freud ne place pas l'hypnose dans l'ésotérisme, le terme « mystique » se rattache à « mystère » dans le sens de mystérieux (56). C'est une des raisons qui le poussa à la « splendide isolation » de l'hypnose pour se recentrer sur le développement de l'analyse psychique du transfert. L'analyse apportera également une sécurité au thérapeute en minimisant le risque d'une nouvelle étreinte en résonance avec son expérience de la dimension érotique dans la relation patient/thérapeute. Il perçut donc la nature affective qui se joue dans la relation entre un patient et son hypnotiseur sans pour autant pouvoir ni la sublimer ni distiller tout l'intérêt thérapeutique. Chose qui a été faite quelques années après notamment par Milton Erickson. Freud parle même « d'amour » entre le patient et son thérapeute, comme un enfant vis-à-vis de ses parents aimés (108). Au-delà des connotations que ce terme « d'amour » peut avoir, notamment par le créateur de la psychanalyse, ou par l'infantilisation possiblement perçue (à tort), ce lien affectif parent-enfant entre le patient et le thérapeute se rapproche plus de l'attachement. Ce n'est pas sans rappeler les travaux de Stern (1989) concernant l'accordage affectif des interactions parentales lorsque la synchronisation (ajustement verbal, non verbal et cognitif) qui est un phénomène naturel, s'opère dans l'espace de soins.

L'aspect relation et interactionnel nécessite une calibration fine avec son interlocuteur grâce à une observation détaillée de celui-ci (présentation, posture, timbre de voix, faciès, etc.) puis une synchronisation (ajustement) corporelle et verbale. L'alliance qui naît de cette rencontre patient/thérapeute doit être soutenue par une confiance réciproque et un sentiment de sécurité. Ce lien affectif créé dans l'espace de soins ne requiert pas un partage idéologique. Cet espace s'appuie sur le respect du modèle de l'autre, une écoute active empathique, une communication efficace et porteuse (reformulation, réajustement, vérification,

renforcement...). Le lien privilégié que le thérapeute établit avec son patient, résumé par le terme d'alliance (thérapeutique), est la somme d'un savoir-faire (compétences techniques), d'un savoir contextualisé (croyances, paradigmes de référence) et surtout sur d'un savoir-être du thérapeute (compétences relationnelles, empathie). Une forte alliance conditionne positivement les soins et ceux à venir. L'objectif est d'avoir un espace de soin pertinent dans lequel tout ce qui sera dit et fait par l'opérateur sera utile au patient dans le cadre d'une « résonance émotionnelle et processuelle » (10).

Milton Erickson définit l'hypnose comme « une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne. »

L'hypnose avec la psychologie

L'hypnose est considérée comme une thérapeutique non médicamenteuse, sa composante maternelle avec les psychothérapies est connue, mais les données restent floues concernant sa psychologie. Nous allons reprendre le découpage proposé par Antoine Bioy de la psychologie de l'hypnose en quatre domaines d'applications distincts : la psychologie expérimentale, la psychologie cognitive et comportementale, la psychologie clinique et la psychanalyse (52).

- En psychologie expérimentale, nous tentons de cerner les facteurs propres à l'hypnose mais également à ses manifestations et facteurs qui pourrait l'induire (effet de cadre, composante culturelle...). Même si à l'heure actuelle les recherches se poursuivent, elles n'alimentent pas un courant particulièrement net et sont catégorisées comme obsolètes. Elles reflètent peut-être trop la théâtralisation de l'hypnose pendant la bataille des écoles et sa pratique au XIX^e siècle trop axées sur les suggestions. Sans oublier que l'essor actuel de l'étude neurobiologique et des essais cliniques avec un niveau de preuve suffisant limitent l'expression la psychologie expérimentale.
- En psychologie cognitive et comportementale, l'hypnose permet la visualisation et n'impose pas une confrontation avec le « réel ». Nous pouvons faire l'analogie avec un film classique et un film d'animation. Dans le film d'animation, il n'y a pas de limite : nous pouvons faire un spectacle de danse dans l'espace ou jouer au curling sur le K2 en armure de chevalier. Pour autant le vécu est identique : nous prenons ses places de cinéma, nous allons faire le même trajet pour venir s'installer, nous nous immergeons dans un film, nous le ressentons et nous l'expérimentons. L'hypnose est le film d'animation du réel des thérapies comportementales. La visualisation permet une activation cérébrale identique tout en laissant un espace créatif infini de stratégie de changement tout en évitant une confrontation parfois délicate avec la « réalité » (109,110). Ce domaine est très proche de la psychologie clinique.
- En psychologie clinique nous nous rapprochons plus des pratiques d'Erickson. C'est la pratique de l'hypnose la plus commune de nos jours. Dans l'hypnose il y a notamment une grande part de travail psychique non perceptible par l'entité (thérapeute/patient) qui s'opère pour accompagner le changement. Les connexions avec la sophrologie et la relaxation sont nombreuses en psychologie clinique. C'est un vaste sujet qui mériterait à lui seul un autre travail de thèse.
- Nous ne détaillerons pas la psychanalyse, que nous avons survolé au cours des précédentes pages afin de mettre en avant les nombreuses connections qu'elle a avec l'hypnose, ni ses controverses sur le fait qu'elle soit une technique d'hypnose sans suggestion.

I.1.6. Hypnose et neurosciences

Le terme d'hypnose, relatif au dieu grec du sommeil Hypnos, s'est installé par l'analogie de la transe avec le sommeil. Passé d'un état de sommeil au somnambulisme en passant par un état « mi-éveillé-endormi », il s'avère qu'il n'en est rien aujourd'hui. Plus récemment, l'apport de l'imagerie cérébrale orienterait plus vers une spécificité physiologique de l'état d'hypnose. Charcot, qui pensait que l'hypnose est un état modifié de conscience particulier (qu'il avait associé à l'hystérie à l'époque) et Bernheim, qui pensait que l'hypnose est une propriété normale du cerveau (qu'il avait uniquement associé à la suggestibilité) avaient donc raison pour une partie de leurs convictions. L'hypnose est un état particulier qui intrigue toujours les chercheurs. Considérée comme une attraction de foire et réservée au spectacle, l'hypnose paraît folklorique. Elle est également très présente dans de nombreuses facilités scénaristiques de films de série B ce qui entretient donc une représentation péjorative aux yeux du public. Pourtant, comme nous l'avons vu, elle est très attachée à la pratique médicale et s'y retrouve de plus en plus. L'hypnose fait l'objet de nombreuses études actuellement, et grâce à l'imagerie son rationnel se précise. Depuis le XX^e siècle, l'hypnose renoue avec les soins, et les neurosciences aident à changer les idées reçues sur cet outil encore très rattaché à la magie. Néanmoins, l'hypnose génère des mécanismes dynamiques complexes pour lesquels nous avons quelques explications mais surtout beaucoup d'hypothèses.

I.1.6.1. Électroencéphalographie

L'analyse des tracés des électroencéphalogrammes (EEG) des patients sous hypnose est apparue durant la première partie du XX^e siècle en lien avec les similitudes apparentes de l'état hypnotique avec l'endormissement (111). Les analyses et les enregistrements de différents paramètres physiologiques n'ont montré aucune particularité durant l'hypnose « profonde » (112). Il est clairement établi que l'état hypnotique n'est pas un état de sommeil (113). L'état hypnotique ne présente pas les mêmes caractéristiques à l'EEG que le sommeil et l'activité en transe est incompatible avec le sommeil. Le somnambulisme naturel (avec déplacements et paroles) survient pendant les phases 3 et 4 du sommeil et n'a donc rien à voir avec l'hypnose qui est plus proche d'un état de veille (114). En effet, les tracés EEG des sujets en transe hypnotique ne semblent pas très différents de ceux réalisés en état de veille. Toutefois, nous notons une prépondérance d'ondes alpha, comme dans l'état de pré-sommeil et une possible corrélation entre la survenue d'ondes frontales thêta et une plus grande capacité à l'hypnose (115,116). Ces analyses sont concordantes entre elles mais reste à pondérer étant donné que l'EEG reste un indicateur peu sensible dans l'analyse des modifications des états neuronaux mineurs et profonds. Finalement, nous retiendrons que l'état hypnotique serait équivalent à un état de pré-sommeil d'après l'ensemble de la littérature sur l'étude de l'hypnose grâce aux tracés EEG.

I.1.6.2. Imageries fonctionnelles

L'avancée récente des imageries fonctionnelles ont permis de redéfinir nos conceptions du fonctionnement cérébral et de l'étude neurophysiologie. L'hypnose, bien entendue, s'est rapidement retrouvée au cœur de cet engouement. Une étude réalisée en 1997 par Maquet et Faymonville s'est intéressée à la distribution des débits sanguins cérébraux grâce à la Tomographie par Émission de Positons (TEP) chez un groupe de neuf sujets, au repos puis en état hypnotique, alors que leur sont suggéré d'agréables souvenirs de leur histoire personnelle. Il semble selon cette étude, que l'état d'hypnose soit associé à l'activation d'un ensemble d'aires corticales de l'hémisphère gauche (cortex occipital, pariétal,

paracentral, préfrontal ventrolatéral et prémoteur), ainsi que certaines aires de l'hémisphère droit (cortex occipital et cingulaire antérieur). Il en découle un « état d'éveil cérébral spécifique » avec un sujet, qui bien que paraissant dans un sommeil classique, semble être l'acteur d'une expérience très vive, qui s'assimilerait plus à un « revécu » qu'à une simple remémoration (26,88). Une étude sur la douleur, également réalisée en 1997, a prouvé de manière significative l'augmentation de la tolérance à la douleur en état hypnotique et une modification de près d'un quart de la flexion nociceptive. Cet effet persiste plusieurs heures après la séance, ce qui suggère qu'il reposerait plus sur un système que sur une simple sécrétion de polypeptide (117).

Depuis près de vingt ans le développement des neurosciences dans l'état hypnotique à mis en évidence (118,119) :

- Que l'état hypnotique dégage simultanément des processus attentionnels et des processus de détente.
- Que l'état hypnotique permet une importante modulation des perceptions et des informations endo et exogène, notamment la douleur.

Il est utile de rappeler quelques notions sur la conscience avant d'aborder les substrats neurophysiologiques de l'état hypnotique. Nous nous contenterons d'aborder ces notions du point de vue du domaine médical car la notion de conscience peut être analysée par bien d'autres domaines, plus ou moins interconnectés, telles que les mathématiques ou la physique quantique. Bien qu'intellectuellement très riches, elles ne rentrent pas de la cadre du travail présenté ici.

Le cerveau est composé de neurones qui nécessitent plusieurs niveaux d'activations à différentes temporalités afin d'avoir une perception consciente d'un phénomène (120). D'une part nous pouvons voir des systèmes ascendants : qui prennent leur origine dans le tronc cérébral contrôlant l'éveil cortical et la vigilance, et qui prennent aussi leur origine dans les systèmes thalamo-corticaux modulant les aspects émotionnels et affectifs. Et d'autre part des systèmes descendants d'origine corticale qui modulent les autres structures corticales et sous-corticales. La perception consciente d'un phénomène implique un ensemble de régions corticales et sous-corticales, connectées entre elles, formant des circuits de neurones à grande échelles. Le phénomène de conscience nécessite une activation suffisante de ces circuits mais également une qualité de perception du degré de connectivité entre les régions impliquées en fonction du phénomène (121).

De nombreux circuits de neurones à grande échelle (CNGE) ont été identifiés au cours de la dernière décennie. Parmi eux, trois ont été repérés comme importants dans l'état hypnotique (83,122) :

1. Le circuit de mode par défaut (CMD) : Default Mode Network

Composé principalement du cortex préfrontal ventromédian (VMPFC), du cortex cingulaire postérieur (CCP) et du précuneus. Il analyse l'information cognitive relative à soi-même (mémoire autobiographique, fonctions sociales et self-monitoring et). Ce circuit est actif lors des états de relâchement (sommeil, rêverie, détente, sommeil) et de pensées aut centrées non parasité par l'environnement extérieur, l'introspection.

2. Le circuit exécutif central (CEC) : Central Executive Network

Il englobe, entre autres, le cortex préfrontal dorsolatéral (DLPFC) et le cortex pariétal postérieur. Sa mission est d'accompagner les fonctions cognitives de haut niveau et

exécutives. Il module l'attention et la mémoire de travail lorsque les informations viennent de l'extérieur (environnement). L'activation de ce circuit est opposée à celle du CMD. Quand l'un monte en intensité, l'autre descend en intensité, et inversement.

3. Le circuit de la pertinence (CP) : Saliency Network

Il comprend le cortex insulaire antérieur (CIA) et le cortex cingulaire antérieur (CCA) tout en englobant les structures impliquées dans la récompense et la motivation au niveau sous-cortical (amygdale, substance noire, thalamus, aire tegmentale ventrale). Ce dernier circuit permet un aiguillage de l'attention vers les événements d'origine intra- ou extra-personnelle.

Il n'y a pas de circuit spécifique actuellement mis en évidence qui se rattache à l'état hypnotique même si nous savons que plusieurs régions de l'hémisphère gauche ont un débit sanguin augmenté (cortex occipital, pariétal, paracentral, prémoteur et préfrontal ventrolatéral) ainsi que quelques régions de l'hémisphère droit (CCA et cortex occipital) (88). L'état hypnotique partage beaucoup de similitudes avec l'imagerie mentale et active sensiblement les mêmes régions que lors d'une remémoration simple, mais cet état diffère par une relative désactivation du précuneus. Le précuneus, très actif en veille, est l'un des fusibles de l'imagerie mentale et de la mémoire épisodique. Sa désactivation relative en état hypnotique entraîne également une diminution d'activité du CCP. Ces deux structures sont impliquées dans le traitement conscient de l'information. Elles ont également une réduction d'activité métabolique lorsque nous sommes en veille, du sommeil jusqu'au coma. Ceci est une piste intéressante dans l'origine d'un état de dissociation pendant la transe, de la modification de la conscience et de la diminution du sens critique (sensibilité accrue aux suggestibilités) (88,123). Par ailleurs cette baisse d'activité dans ces régions pourrait permettre une activité et une modulation des capacités cognitives, notamment au niveau des régions préfrontales étant donné que le précuneus est un élément important des boucles fronto-pariétales (83).

En 2012, les études sur la neuroimagerie fonctionnelle confirment que l'hypnose influence l'attention en modulant l'activation du CCA. L'hypnose permet donc de découpler la fonction de monitoring de conflit et celle de contrôle cognitif. Le CCA est également un élément important dans les structures sous-corticales impliquées dans la motivation et la récompense. Les conflits intérieurs seraient modulés, ce qui facilite la plasticité cérébrale en état de transe. L'hypnose induit des changements fonctionnels au niveau de certaines aires avec notamment une activation du cortex occipital, du cortex temporal et des aires visuelles extrastriées. Il est confirmé qu'elle induit également une modulation du précuneus comme nous l'avons vu juste au-dessus. Étant donné les changements fonctionnels nous pouvons mieux comprendre l'altération de la perception de la réalité associée à une modification de la conscience de soi et rôle des aires relatives à l'imagerie mentale qui semble être central. De plus, il a été objectivé par une augmentation de signal à l'IRM fonctionnelle lors d'une étude réalisée en 2012 également, lors de la mentalisation de mouvements chez des sujets sains en état hypnotique, sans une activation du thalamus uniquement pendant l'imagerie motrice (absence de signal lors de l'exécution de mouvements répétitifs). Ces observations faites par IRM fonctionnelle donnent un argument supplémentaire sur le fait que l'hypnose améliore l'imagerie motrice (ou mentalisation du mouvement) grâce à des modulations d'activation du thalamus qui gère les processus attentionnels et émotionnels (124,125). La neuroimagerie fonctionnelle suggère également que les suggestions post-hypnotiques influencent les processus cognitifs (126). Ainsi ces données confortent sur la notion d'un « état d'éveil cérébral

spécifique » et le caractère « réel » du vécu des représentations mentales en état de transe tout comme la capacité de moduler les circuits neuronaux.

La partie médiane du CCA (Aire de Brodmann 24a) s'active spécifiquement en état hypnotique de manière proportionnelle à la réduction des composantes affectives et sensorielles à la douleur (127). S'y associe également en état hypnotique un changement des connectivités entre la plupart des structures corticales et sous-corticales des trois grands circuits neuronaux décrits un peu plus haut. Notamment par le biais de l'insula avec laquelle les connexions sont nombreuses et du thalamus. L'hypnose va donc intervenir comme un modulateur des circuits neuronaux et agir sur la capacité du cerveau à se remodeler tout au long de sa vie, la neuroplasticité. Finalement, l'hypothèse émise par l'observation fonctionnelle, qui restera à démontrer par l'expérimentation est que l'état modifié de conscience permet de moduler le degré d'activation des circuits CMD, CP et CEC mais aussi leurs degrés de connectivité donnant (123,127). Nous pouvons donc nous rendre compte des différentes modulations cérébrales possibles qui donnent cette clinique particulière propre à l'hypnose, mais également l'étendue du potentiel de cette technique thérapeutique d'activation de la conscience.

L'hypnose donne la possibilité de « vivre » l'expérience de transe avec des activations cérébrales quasi identiques à une expérience que nous qualifions de « réelle ». Cette caractéristique a conduit certains auteurs à envisager l'état modifié de conscience comme un outil de choix dans l'étude des troubles neurocognitif en reproduisant des état analogues (128). Bien qu'éthiquement discutable, cette approche se veut intéressante et montre bien la puissance d'activation cérébrale sous hypnose. Les neurones miroirs semblent également modulables pendant l'état hypnotique et sont de plus en plus étudiés. Tout comme le connectome, très étudié depuis 2005, qui est le réseau de substance blanche reliant toutes les régions cérébrales. L'immobilité tonique (IT) est également très étudiée dans l'étude expérimentale de ce qui se joue en état hypnotique. L'immobilité tonique est une réaction instinctive animale, principalement déclenchée par la peur, caractérisée par une hypertonicité musculaire immobilisant la bête (poissons, lapins, amphibiens, caille, cochon d'inde...). L'utilité principale serait de faire face à une menace imminente après que toutes les autres options soient devenus non réalisables (fuite, combat...) pour augmenter la probabilité de désintérêt d'une possible prédation. L'IT est à distinguer du dernier F des trois réactions contrôlées principalement par l'amygdale en cas de danger : fuir (Flight), combattre (Fight) ou figer (Freeze). Dès les années 60, cet état était considéré comme l'analogue de l'hypnose chez les tous les animaux en dehors des humains. Actuellement cette similitude n'est pas démontrée bien que l'amalgame soit encore parfois visible dans la littérature. Malgré ce fait, les scientifiques continuent d'expérimenter dans ce domaine et il a été prouvé que l'IT permette de moduler la perception de la douleur chez le lapin. De grandes similitudes persistent entre l'hypnose et l'IT, notamment l'inhibition de l'action concomitante avec la possibilité d'avoir conscience de son environnement (exemple de la catalepsie). Il se peut que les frontières bougent encore dans ce domaine, que ce soit en design d'études ou en termes de définition des différents états de conscience chez les Animaux (129). C'est pourquoi nous l'évoquons ici.

La représentation de la conscience ainsi que ses contours sont encore en train de se dessiner. Les neurosciences, aidées par l'imagerie fonctionnelle, permet d'objectiver des modulations neuronales spécifiques dans l'état hypnotique sans pour autant pouvoir expliciter clairement ce système dynamique. Des avancées importantes sont actuellement en action dans la compréhension scientifique de l'hypnose. Toutefois les questionnements

fondamentaux restent en suspens. Nous pensons notamment à l'intégration de la personnalité et du contexte dans l'évaluation de l'hypnose. Henry Ey faisait un rapprochement indissociable entre conscience et structuration, Henri Baruk affirmait qu'il existe une infinité de transitions sensibles entre la conscience claire parfaite et l'inconscience de l'épileptique (130), Freud a tranché de manière dichotomique entre partie consciente et inconsciente, Janet s'orientait plus sur le subconscient que l'inconscient, etc. Cette dimension de personnalité crée une résonance historique avec le conflit des écoles de la Salpêtrière et de Nancy. Toutes ces notions montrent bien que l'hypnose et les neurosciences ont de beaux jours devant eux. Actuellement nous parlons plus d'« état modifié de conscience » et d'« état d'amplification de la conscience » afin de redessiner les contours du psyché. Le terme « inconscient » connoté psychanalytiquement avec un pied dans le jugement moral (le surmoi de Freud) et le terme « subconscient » restent garant d'une histoire riche en débats, encore actifs, et se veulent trop ambigus. L'importance actuelle est d'affirmer l'hypnose en tant que pratique médicale sans pour autant tout rapporter à l'hypnose ni à l'imagerie. Car jusqu'à preuve du contraire l'état modifié de conscience ne lui est pas spécifique et il ne signe qu'un aspect de l'hypnose.

I.1.7. Les indications de l'hypnose

La palette des indications possibles en hypnose est relativement grande. Il pourrait être plus simple de dire que l'hypnose peut avoir toutes les indications. En effet, l'hypnose ne se limite pas à des problèmes de santé, qu'ils soient d'ordre mental ou physique, si tant est que nous puissions scinder les deux. L'hypnose peut servir à l'amélioration des potentiels car elle permet une mobilisation des ressources internes. Et donc même en dehors d'un état pathologique, l'hypnose peut avoir certaines vertus, telles que doper sa concentration, améliorer ses interactions sociales, booster ses capacités sportives, améliorer sa gestion du stress ou stimuler des processus créatifs. L'hypnose peut également avoir un rôle intéressant dans la prévention et l'hygiène de vie. C'est un aspect qui est encore peu étudié et qui va sûrement se développer.

Les principales indications courantes en pratique clinique de l'hypnose sont les suivantes (10,26,80,94) :

- l'amélioration des pathologies psychologiques et les symptômes associés (cf. infra),
- la régularisation des troubles fonctionnels : troubles du rythme cardiaque, effets secondaires de traitements, sudation excessive, ulcères, dyspnées fonctionnelles, troubles du sommeil... ,
- la gestion de la douleur : contrôle des perceptions du message douloureux (cf. infra),
- l'accompagnement obstétrique et gynécologique : endométriose, préparation à l'accouchement, accouchement, rééducation périnéale... ,
- la sexologie : dans l'impuissance, les douleurs, le vaginisme, la fertilité... ,
- la rhumatologie : gestion du processus inflammatoire, diminution de la médication ou des effets secondaires, contrôle des poussées... ,
- la chirurgie et l'anesthésie : préparation aux interventions, diminution des complications opératoires, contrôle des saignements, confort des gestes techniques, augmentation de la vitesse de cicatrisation, l'analgésie, diminution du séjour hospitalier, anesthésie locale ou générale... ,

- l'oncologie : gestion de la douleur, contrôle des effets secondaires de la chimiothérapie ou radiothérapie (nausées, vomissements, stomatites...), accompagnement psychologique... ,
- la médecine dentaire : préparation aux soins, gestion de la peur, diminution des saignements, tolérance des prothèses...

L'hypnose peut également faire évoluer les indications opératoires. Par exemple, lors des anesthésies nécessitant la technique de chirurgie éveillée, dite « endormi-éveillé-endormi (EEE) », comme dans celle des gliomes de bas grade, où les contre-indications sont nombreuses et réservent l'indication à des sujets jeunes et sans comorbidités. Ce type de chirurgie oblige parfois l'utilisation d'une simple anesthésie locale rendant l'opération désagréable. L'hypnose a tout son intérêt étant donné qu'elle s'est révélée fiable et reproductible pour augmenter le confort de la chirurgie (pour le patient et pour les chirurgiens). Elle a également montrée son impact psychologique dans le cheminement des soins. Ça reste une ouverture pour étendre les indications opératoires aux personnes plus âgées et améliorer la survie globale en favorisant la qualité de vie (131).

L'hypnose se développe énormément en médecine générale. Particulièrement dans le traitement de la plupart des affections psychosomatiques telles que certaines maladies de peau, troubles du transit, troubles pulmonaires ou troubles de la performance. La possibilité de court-circuiter la boucle qui exerce une pression sur un organe ou une fonction via le système nerveux autonome va être très utile dans les troubles fonctionnels et psychogènes tout en développant l'autonomie du patient. Dans la majorité des cas, l'hypnose est utilisée comme un traitement complémentaire, venant renforcer par effet de synergie additive le traitement classique. L'intérêt de l'hypnothérapie en adjonction au traitement classique est multiple. Elle permet une diminution des posologies médicamenteuses ; une moindre fréquence des rechutes et l'autonomisation du patient dans ses soins. Le confort et le résultat des soins sont souvent améliorés.

Son indication est grandissante dans l'accompagnement à l'accouchement et sa réalisation. De plus en plus de femme demandent un accouchement sous hypnose en complément ou en relai des techniques usuelles. Le cadre de la grossesse est une période compliquée pour certaines femmes avec des antécédents psychiatriques et des difficultés de gestion émotionnelle. C'est une période pendant laquelle l'absence de médicaments est préférable et l'hypnose est une aide précieuse. Les séances d'hypnose sont remboursées au même titre que les autres soins prénataux ou périnataux par la sécurité sociale.

Actuellement l'hypnose est très utilisée dans le cadre des syndromes douloureux. L'analgésie est l'un des phénomènes hypnotiques les mieux documentés à ce jour (117,132). L'intérêt de l'hypnose au cours des interventions chirurgicales ne s'est pas essouffé avec les siècles. Elle s'invite de plus en plus dans les blocs opératoires et les petites interventions (dentiste, biopsie cutanée...). L'hypnose va permettre la transformation qualitative d'une information nociceptive, une augmentation du seuil de tolérance à la douleur et l'inhibition des manifestations comportementales habituellement associées à un stimulus nociceptif. Outre l'analgésie nécessaire en situation aiguë (réduction de fracture, sutures, changement de pansement chez les grands brûlés...) l'utilisation de l'hypnose est également bénéfique dans la prise en charge des douleurs chroniques ou rebelles (pathologies cancéreuses avancées atteintes rhumatologiques sévères, maladie de Crohn, drépanocytose, douleurs des membres fantômes...). Dans une grande majorité des études cliniques en milieu hospitalier, le temps

d'hospitalisation est également réduit. La plupart des études montrent un bénéfice de l'hypnose et l'intérêt de l'apprentissage de l'autohypnose pour soulager et prévenir les douleurs dans le temps (133). Les protocoles utilisés en hypnose visent en général à « dériver » la douleur en l'associant à un vécu différent (en modifiant le vécu psychoaffectif et les croyances qui y sont rattachées). Le patient doit donc se former dans un premier temps avec un thérapeute, puis seul, afin qu'il réalise et fasse lui-même sa « thérapie » sans limite de temps ni de moyens.

Finalement, c'est dans toutes les indications de l'hypnose il est indispensable de guider le patient vers la pratique de l'autohypnose afin qu'il puisse l'utiliser à tout moment et l'étendre au-delà de l'indication initiale.

Selon le rapport de l'Académie de médecine sur les médecines alternatives de Mars 2013, le but du traitement par hypnose est la maîtrise de symptômes fonctionnels tel que la douleur ou l'anxiété. L'Académie Nationale de Médecine reconnaît actuellement deux indications :

- le soulagement des douleurs liées aux gestes invasifs chez l'enfant et de l'adolescent,
- la prise en charge des effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses.

De nombreux essais clinique sont en cours pour valider cet outil dans d'autres indications. L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) note en Juin 2015 dans son évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose que celle-ci à un intérêt thérapeutique potentiel, en particulier :

- « pour diminuer la consommation d'analgésiques ou de sédatifs au cours de gestes brefs de chirurgie (biopsie mammaire, IVG, soins dentaires...) ou de radiologie interventionnelle (domaine où les résultats sont les plus sûrs) ;
- pour diminuer les symptômes de l'intestin irritable et de la dyspepsie, pour réduire les bouffées de chaleur de la ménopause ».

Finalement le bilan global de l'évaluation de l'efficacité de l'hypnose est modeste par rapport aux pratiques cliniques. Les données actuelles sont insuffisantes voir décevantes dans la plupart des indications.

Les indications de l'hypnose en psychiatrie

Étrangement l'accession de l'hypnothérapie dans le champ de la santé mentale reste encore timide. Cet état de fait pourrait s'expliquer par le passé tumultueux de l'hypnose sur l'abord du psychisme et la crainte de l'inconnu, même parmi les psychiatres. Par ailleurs, la psychiatrie reste très stigmatisée, notamment en France, au regard de la psychologie, des autres spécialités médicales ou des autres « thérapies alternatives » ambulatoires. Les thérapies dites alternatives (magnétiseurs, désenvouteurs...) sont associés à une meilleure ouverture d'esprit et des meilleures compétences en dépit du fait que la plupart d'entre eux n'ont aucune qualification médicale, et plus important encore aucune formation reconnue dans les champs de la psychologie ou de la psychiatrie. Ceci s'explique en partie par le fait qu'ils ne portent pas la vision encore répandue du paternalisme autoritaire des médecins et de l'association des psychiatres à la folie (pour les patients et pour les psychiatres). Notre travail est de sensibiliser les personnes sur l'évolution de la psychiatrie afin qu'elle ne soit plus définie en terme « d'asiles de fous » et d'intégrer au mieux les thérapies complémentaires telles que l'hypnose.

Ceci d'autant plus important que l'hypnose semble habile dans une approche thérapeutique plus globale et non exclusive de la santé mentale. Elle peut s'avérer un complément utile à toute forme de traitement psychologique ou psychiatrique et agir en particulier sur les symptômes associés. Elle semble intéressante dans la gestion du stress, les troubles anxieux ou les troubles de l'humeur, les états de stress post-traumatique, les troubles de l'attachement, les troubles du comportement alimentaire, les obsessions, les troubles psychosomatiques, les phobies les troubles de l'usage de substance, les troubles de la mémoire et de la concentration... (134). L'hypnose est particulièrement utilisée en psychiatrie de liaison. Elle est notamment utilisée dans la modification des troubles psychosomatiques grâce à la résolution progressive des réactions pathologiques de l'organisme liés à un état émotionnel (par exemple, les troubles neurologiques psychogènes). Salem (80) précise que les indications de l'hypnose dans le champ de la santé mentale sont plutôt larges. En effet, l'hypnose peut s'avérer utile en n'importe quelle condition où une intervention psychologique est envisagée. Elle permet une extériorisation plus aisée des émotions et souvenirs refoulés. Notamment en complément de toute forme de traitement psychiatrique. Ne serait-ce que pour augmenter la qualité de l'alliance thérapeutique et rendre plus confortable le parcours de soins.

Bien que les indications décrites soient admises en médecine, l'hypnothérapie n'a pas prouvé son efficacité dans tous ces domaines du champ de la santé mentale.

I.1.8. Les contre-indications de l'hypnose

L'unique réelle contre-indication de l'hypnose que peut présenter un patient est l'expression d'un état délirant actif puisque que dans ces moment-là le patient ne peut être en lien avec son thérapeute (10,94). Il est admis qu'il est fortement déconseillé d'utiliser l'hypnose chez les patients ayant une sensibilité accrue à la paranoïa ou un trouble de la personnalité borderline. Car les phénomènes hypnotiques, de régression ou de modifications corporelles peuvent les déstabiliser.

Sur le plan médico-légal la recherche de reviviscence de souvenirs oubliés sous hypnose n'est pas acceptable car plusieurs études ont montré le rôle parfois délétère de cette pratique (135). L'étude des pathologies iatrogènes a été très développée aux États-Unis dans les années 1970 (faux souvenirs, personnalités multiples...). Il a été prouvé que des faux souvenirs sont régulièrement présents de manière involontaire, même dans des conditions favorables et bienveillantes, lors de reviviscences induites en état de transe.

Il est également déconseillé d'accompagner des patients souffrants d'importants traumatismes dans des reviviscences, des régressions dans le temps ou de réactivation de scènes traumatique en l'absence de compétences bien spécifiques. L'indication ou la contre-indication dépendra avant tout de la relation de confiance et de l'expérience clinique du praticien. La précaution est de rigueur lors de l'exploration d'un traumatisme car il est nécessaire d'accompagner les possibles abréactions, parfois massives, et de percevoir les signes d'alerte éventuels. Une connaissance des maladies traumatiques et des compétences dans l'hypnose est donc nécessaire.

En somme, nous pourrions dire qu'une autre contre-indication existe, qui est la pratique de l'hypnose en dehors de son champ de compétence. C'est le manque (ou l'absence) de compétences de l'hypnothérapeute sur la problématique et le contexte apportés par le patient qui est à éviter. Car il traduirait un manque de bienveillance du praticien étant donné qu'il s'engage dans quelque chose qu'il ne peut potentiellement pas gérer. De plus la suggestion

est un outil puissant qui peut être nuisible avec des thérapeutes mal intentionnés pouvant mettre à mal certaines personnalités sensibles traumatisées.

I.1.9. Réglementation des pratiques

Dans l'hypnose il n'y a pas de « contre sa volonté » mais des patients en souffrance peuvent avoir des fragilités qu'il est facile d'exploiter (y compris en dehors du champ de l'hypnose). Nous abordons donc la problématique de l'influence. L'influence, telle que décrite par Tobie Nathan dans « *L'Influence qui guérit* » se compose de la sorte : selon lui nous sommes tous capables de faire usage de la suggestion, en revanche l'influence nécessiterait un savoir permettant de techniciser la relation thérapeutique (136). Il met en corolaire le savoir du praticien affilié au pouvoir qui domine la plasticité du patient en raison de son état. Une sorte d'abus de pouvoir et de violence car selon ses termes « nulle thérapeutique n'est plus violente que celle qui entreprend de guérir l'âme. ». Il va même jusqu'à comparer l'étude de la torture avec celle des psychothérapies car « torturer, c'est avant tout savoir modifier l'autre. ». Sans approfondir les motivations de T. Nathan dans son histoire de vie ou sa volonté de pousser à la réflexion par provocation métaphorique dans son allégorie de la psychothérapie il est intéressant d'appréhender le sujet de la sorte.

Si lors de la naissance de la psychanalyse la frontière entre ce nouvel outil et l'hypnose, bien qu'éphémère, était relativement simple (neutralité bienveillante versus suggestions directes autoritaires), elle prend actuellement des nuances de plus en plus complexes. Se rajoute également la création d'une myriade de psychothérapies depuis l'enfement de la psychanalyse avec lesquelles il est difficile d'en cerner les contours. La différence entre un psychiatre, un psychanalyste, un psychologue et un psychothérapeute est l'une des premières approches dans la législation des psychothérapies dans le champ « psy ». C'est à partir de la demande de psychothérapie que les politiques identifient de plus en plus l'action en santé mentale. Les discussions à la chambre des députés et au Sénat cherchent les limites entre charlatanisme et professionnalisme médical (137). L'obtention d'un diplôme de médecine ou de psychologie ne permet pas de protéger les patients de l'endoctrinement et peut favoriser les dérives en donnant un faux sentiment de savoir sur le fonctionnement de l'autre. L'expérience montre que les diplômes universitaires apportent une certaine garantie, particulièrement dans la sélection de praticiens ayant des valeurs humanistes au-delà d'une bonne technicité, mais que ces garanties demeurent tout de même fragiles. Si nous suivons les démonstrations faites un peu plus haut par T. Nathan, il serait plus judicieux de ne pas segmenter le professionnalisme des psychothérapeutes par leurs titres mais plus par les outils qu'ils utilisent et leurs manières de les utiliser. Cette vision, bien qu'intéressante, ne peut concrètement s'appliquer en matière de législation sans compliquer à l'excès un sujet déjà recherche de sens. C'est pourquoi au sein même de chaque psychothérapie sont apparus des diplômes spécifiques permettant, non pas de valoriser un titre, mais plutôt une pratique éthique et bienveillante. Sans oublier une évaluation continue des pratiques pour s'assurer de l'absence de dérive.

Cet aparté est intéressant pour notre travail car l'hypnose et sa législation posent un problème à l'heure actuelle. Cet outil est en plein essor et les écoles d'hypnose se multiplient. Actuellement des dérives de l'hypnose sont visibles. Le manque de réglementation de la pratique hypnotique laisse une marge de manœuvre pour des hypnothérapeutes, peu, mal ou pas formés, qui s'installent pourtant en tant qu'hypnothérapeute. Le récent attrait de l'hypnose fait augmenter la demande de soins pour les personnes en souffrance et les personnes vulnérables. Se posent donc des problèmes éthiques de prise en charge. Les diplômes

universitaires de plus en plus nombreux et le retour de l'hypnose dans la pratique médicale (et scientifique) permettent de faire progressivement changer les représentations véhiculées de la pratique de l'hypnose. Les personnes en souffrance sont plus sensibilisées sur le fait qu'elles pourront trouver cet outil, ou des réponses, chez leurs médecins, leurs soignants paramédicaux ou à l'hôpital. La Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves (CFHTB) propose un Certificat d'Hypnose clinique, *Attestation d'Hypnose Clinique et Thérapeutique*, qui atteste de la formation encadrée d'un(e) hypnothérapeute ainsi qu'une remise en question de ses pratiques grâce aux congrès, aux formations complémentaires, etc. La CFHTB met en avant des critères d'éligibilité et de formation avec un programme évalué à 300 heures. C'est une première étape pour faire avancer les réglementations et sensibiliser les politiques sur la nécessité d'encadrer la pratique des psychothérapies ou même titre que la prescription des médicaments. La CFHTB met également en avant des associations de formation sur l'hypnose (par exemple, Association Corrèzienne pour des Thérapies Innovantes et des Interventions Familiales (ACTIIF)). La diversité des acteurs de santé dans le champ de la maladie mentale conditionne la complexité du sujet mais conditionne également le potentiel de pouvoir répondre aux demandes des patients. Se rajoute les représentations sociétales de la maladie mentale et les images véhiculés par les médias dont il faut tenir compte dans nos pratiques. Les demandes de psychothérapies sont en constante augmentation. Il est donc nécessaire d'y apporter une certaine rigueur et un gage de qualité au service des malades. Sans oublier de pouvoir se redéfinir dans nos pratiques et nos appellations.

I.2. Le tabac

I.2.1. Présentation et composition

Le tabac (*Nicotiana tabacum*) est une plante cultivée dans le monde entier. Il en existe plusieurs variétés (cf. figure 2) qui sont principalement divisées en deux catégories, le tabac de culture et le tabac ornemental. La plus grande variété peut atteindre 2.5 mètres de hauteur. Les feuilles de la plante de tabac sont vert clair et s'assombrissent à mesure que la plante grandit. Après séchage, les feuilles sont mises à fermenter pour obtenir un goût spécifique. Les tabacs en feuilles sont classés selon leur variété et leur mode de séchage. Les tabacs bruns sont séchés à l'air et au feu ; les tabacs blonds sont séchés à l'air chaud et les tabacs clairs sont séchés à l'air ou au soleil. Le tabac est proposé à la consommation sous des multiples formes : cigarettes, cigares, en vrac ou à chiquer.

La fumée de tabac contient plus de 3500 substances chimiques. Parmi lesquelles nous trouvons la nicotine, des irritants et des produits toxiques. Nous savons qu'au minimum 250 d'entre elles sont nocives et que plus de 50 substances qui peuvent provoquer ou favoriser l'apparition de cancer. La fumée est donc extrêmement nocive pour le fumeur mais elle l'est également pour le non-fumeur qui respire celle répandue dans l'atmosphère.

Bien que le tabagisme soit largement admis en société il fait partie des principales causes évitables de décès prématurés et de morbidité dans le monde. Le tabac est une des substances psychoactives les plus consommées avec l'alcool et la caféine. C'est la principale cause de décès évitable dans le monde (138) même si des études suggèrent que les estimations des décès et maladies liées au tabac sont sous-estimées (139).

Le tabagisme a longtemps été considéré comme une simple habitude ou une « drogue douce » car il n'entrave pas le fonctionnement social et que le syndrome de sevrage tabagique apparaît comme moins bruyant que celui en alcool ou en opiacés.



Figure 2 : De Prade, *Histoire du tabac*, Paris, 1677

Méthodes de consommations du tabac

Les modes d'usages du tabac ont varié selon les milieux et les époques. Nous retrouvons principalement les formes suivantes :

Les cigarettes : l'emblème du tabac. Méthode de consommation principale, elle a progressivement supplanté tous les autres modes d'usage. Le mot « cigaret », apparu en 1830, vient de petit cigare. Il se féminisa en cigarette dix ans plus tard. Une cigarette est un cylindre de papier combustible (de quelques centimètres) rempli avec des feuilles de tabac hachées traitées, ainsi que des additifs. Les cigarettes ont été manufacturées dès 1842 à Paris et la première machine à rouler les cigarettes, le cigarettotype fut construite en 1843. Progressivement les cigarettes se sont modernisées, notamment au niveau du filtre qui est passé d'un bout de bois à de la fibre de verre en passant par du carton, les rendant plus productibles et plus accessibles aux consommateurs. C'est à la fin du XIX^e siècle que les grosses productions industrielles ont permis d'assouvir la demande croissante. Lors de l'exposition universelle de 1878 à Paris, une machine produisant plus de 3500 cigarettes par heure est présentée par Surini et Durand. L'essor industriel, boosté par l'état, a favorisé la diffusion du tabagisme. Actuellement les machines à emballer fabriquent plus de 400 paquets à la minute. De nouvelles catégories de cigarettes ont fait leur apparition au fil des ans, citons parmi elles les cigarettes dites « légères » ou « sans additifs / naturelles / biologiques » qui n'en sont pas moins nocives, mais mieux vendues. Les emballages évoluent également afin d'appâter les consommateurs.

Le tabac à rouler à la main : il sert majoritairement la conception des cigarettes à roulées faites personnellement. Elles ont actuellement un regain d'intérêt. Certainement par leur moindre coût que les cigarettes manufacturées et donnent libre cours à des dogmes infondés par le fait qu'elles renvoient une image possiblement plus « naturelle ». Le tabac à rouler peut également être utilisé avec des pipes. Les pipes sont des objets réutilisables fait d'un manche et d'un récipient communiquant permettant d'accueillir une dose de tabac. Elles sont des souvent faite à partir de bruyère (*Erica arborea*).

Les cigares et cigarillos : le cigare est associé à la Havane et au luxe. Bien que nous entendions souvent l'idée reçue que les cigares sont moins nocifs que les cigarettes, ils le sont tout autant et sont plus nocif sur la sphère touchant l'oto-rhino-laryngologie (O.R.L). Ils sont les principaux incriminés dans les cancers de la gorge. A l'image du vin ils cultivent l'image d'un art de consommation et de traditions suivant les pays où ils sont consommés. Les cigarillos sont de petits cigares, sorte de cigares avec la taille d'une cigarette, qui possède un goût plus acré en général.

Les pipes à eau (narghilés, chichas) : sont très prisées en orient. Une chicha est constituée d'un récipient en verre rempli à moitié d'eau, d'une douille en terre cuite pour le tabac, d'un conduit avec une valve et d'un tuyau muni d'un bec. Le tabac est souvent aromatisé (fruits, essences). Il est recouvert d'une feuille de papier aluminium percée de trous sur laquelle est posé un charbon incandescent. La fumée dégagée par la combustion du tabac par le charbon passe par le flacon rempli d'eau qui la refroidit. La pipe à eau est de plus en plus populaire auprès des jeunes adultes. Ses goûts divers, son attrait social, son côté exotique et sa nature présumée sans danger potentialise cet engouement. Pour autant, l'eau ne filtre pas les substances toxiques contenues dans le tabac. La consommation d'une chicha dure en moyenne 40 min. Les taux de nicotine, de goudrons et d'hydrocarbures aromatiques dans le courant primaire sont au moins identiques à ceux de la cigarette. Cependant, les taux en monoxyde de carbone et en métaux lourds sont nettement plus importants.

Le tabac non fumé : le plus connu est le tabac à chiquer. C'est du tabac à marcher qui peut se retrouver sous plusieurs formes (palettes de tabac, tabac tressé, feuilles volantes). Il se garde dans la bouche pendant plusieurs heures.

Une forme moins connue est le snus C'est de la poudre de tabac humide (en vrac ou dans des petits sachets), parfois aromatisée, que nous pouvons mettre dans la cavité buccale entre la joue et la gencive. Il a été inventé en Suède qui est le pays le plus consommateur de cette forme de tabac. Il est également très présent en Norvège et aux Etats-Unis. Le snus est interdit dans l'union Européenne. Le snus contient plus de nicotine mais affecte moins les poumons que les cigarettes n'étant pas inhalé. Seule la Suède a obtenu une dérogation pour son snus lors de son adhésion à l'union Européenne.

La troisième entité dans les tabacs non fumés est le tabac à priser. Il se présente sous la forme d'une fine poudre, souvent vendue en petites boîtes métalliques. Il est généralement sec et souvent aromatisé. Le tabac à priser est à déposer en petites quantités sur le dos de la main avant d'être inhalé. La nicotine pénètre dans le corps par les muqueuses nasales. Il est nommé snuff aux Etats-Unis. C'était la méthode de consommation privilégiée au XVIIIe siècle. Le tabac était râpé directement par les fumeurs, ou acheté en poudre et conservé dans des tabatières plus ou moins ornementées.

Avec le snus et le tabac à chiquer, la nicotine pénètre dans le corps par la muqueuse buccale. Ils sont considérés comme un « produit dopant » et interdit dans le sport de haut niveau. La prise et la chique ne sont plus guère utilisées que lorsqu'il est vraiment compliqué de fumer, comme dans les sous-marins par exemple.

Finalement, quel que soit la méthode de consommation du tabac, les risques sur la santé sur les maladies cardio-vasculaires sont sensiblement les mêmes (140). Malgré quelques variances sur les risques sur la santé en fonction des méthodes, quand une méthode est moins néfaste qu'une autre sur une partie du corps, elle l'est généralement plus sur une autre. C'est par exemple le cas entre tabac fumé et tabac oral sur les risques pulmonaires ; le tabac fumé est plus pourvoyeur de cancer pulmonaire mais le tabac non fumé possède un effet plus délétère sur la muqueuse buccale et la sphère O.R.L. Dans tous les cas, chaque méthode de consommation entraîne des problèmes de santé, une dépendance et un syndrome de sevrage.

On désigne par l'expression « tabagisme passif » l'exposition à la fumée dégagée par des produits du tabac dans des lieux clos tels que restaurants ou bureaux.

Un fumeur, est par définition une personne qui fume, même de temps en temps. Nous parlons de fumeur occasionnel lorsque la personne fume moins d'une cigarette par jour. Au-delà de nous parlons de fumeur régulier (ou quotidien), c'est à dire une personne qui fume au moins une cigarette par jour. Les études épidémiologiques regroupent généralement sous le terme « fumeur » les fumeurs réguliers et les fumeurs occasionnel, sauf dans les cas où ils explicitent le contraire. Toujours dans les études épidémiologiques, les ex-fumeurs sont les personnes ne fumant plus et les personnes qui déclarent avoir fumé une ou deux fois pour essayer ne sont pas considérées comme des ex-fumeurs.

Par convention, les études épidémiologiques considèrent les équivalences suivantes pour les quantités de tabac fumées : 1 cigare = 1 cigarillo = 2 cigarettes, 1 pipe = 5 cigarettes et 1 chicha = 10 cigarettes. Ce système permet de simplifier les calculs et les conversions mais ne signifie pas une stricte équivalence de la nocivité des produits.

Composition chimique du tabac

La composition chimique du tabac est très complexe. Son analyse peut se faire sur la plante (fraîche ou séchée), sur le tabac de la cigarette ou ses composants et à différents temps de consommation. Mais c'est sur la fumée que nous allons porter notre intérêt si nous voulons analyser le tabac sous l'angle d'une substance psychoactive addictogène. La fumée de cigarette peut être définie comme un aérosol (ensemble de particules en suspension dans un gaz) dynamique en mouvement constitué d'une phase vapeur ou gazeuse et d'une phase particulaire. Elle va passer dans un filtre en fibre de verre qui va retenir principalement la phase particulaire.

La composition de la fumée de la cigarette est très riche en substances, nous ne rentrerons pas dans les détails chimiques exacts de cette composition, d'autant plus qu'elle varie en fonction du type de tabac, de la méthode d'analyse et de la marque de cigarette. Sans compter que toutes les substances ne peuvent être prises en compte dans le contexte de la dépendance à cause de leurs doses toxicologique ou pharmacologique actives extrêmement faibles. Voici ci-dessous les principaux agents incriminés dans les troubles associés au tabagisme (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Principaux agents chimiques incriminés dans les troubles associés au
Agents potentiellement responsables des principaux troubles associés au tabagisme (d'après Hoffmann et coll., 1997)

Troubles	Agents incriminés	Potentialisateurs ou agents associés
Dépendance tabagique	Majeur : nicotine Mineurs : alcaloïdes mineurs des nicotiana Agents d'aromatisation	Acétaldéhyde
Maladies cardiovasculaires	Majeurs : monoxyde de carbone, oxydes d'azote, acide cyanhydrique, goudron Mineurs : Cd, Zn, CO, goudron	Nicotine Agents alkoylants
Maladies obstructives chroniques du poumon	HCN, aldéhydes volatiles, NO, NOx, CO, goudron	
Cancers du poumon et du larynx	Majeurs : HPA, NNK Mineurs : ²¹⁰ Po, formaldéhyde, acétaldéhyde, butadiène, Cr, Cd, Ni	Catéchol, promoteurs de tumeurs, acétaldéhyde, alimentation, agents alkoylants
Cancers de la cavité orale	Majeurs : NNN, NNK Mineur : HPA	<i>Herpes simplex</i> , alcool, alimentation
Cancers de l'œsophage	NNN	Alcool, alimentation
Cancers urinaires et de la vessie	4-aminobiphényl, 2-naphtylamine, autres amines aromatiques	
Cancer du pancréas	NNK, NNAL	Alimentation

HCN : cyanure d'hydrogène ; HPA : hydrocarbures polynucléaires aromatiques ; NNK : 4-(méthylnitrosamine)-1-(3-pyridyl)-1-butanone ; NNN : n'-nitroso-nornicotine ; NNAL : 4-(méthylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanol

Additifs du tabac

Les additifs du tabac sont nombreux, ils servent comme adjuvants de fabrication ou d'aide à la combustion, agents d'humidification ou d'aromatisation. Ils sont souvent interdits en raison de leur toxicité propre avant la pyrolyse mais les produits de leur combustion ne sont quasiment jamais pris en compte. Cet état de fait est en train d'être revu afin d'avoir une vision plus adaptée des risques pour le consommateur. Certains mélanges d'additifs semblent avoir

un impact sur l'augmentation de certains toxiques de la phase particulaire de la fumée de cigarette mais leur participation sur le renforcement de l'addiction n'est pas validé (141).

Composés majeurs de la fumée de cigarette et leurs effets physiologiques

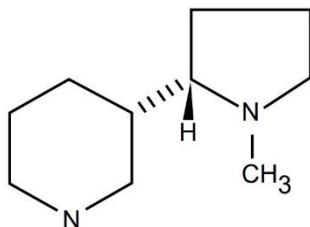
Parmi les milliers de substances présentes dans la fumée de cigarette, une petite proportion seulement va entraîner un effet physiologique appréciable. Plusieurs substances entrant dans la composition de la fumée de cigarette sont susceptibles de participer aux effets du tabac sur l'organisme. Toutes ne favorisent pas les comportements addictologiques. Nous allons détailler brièvement les principaux composés pouvant se mêler dans ce système dynamique qu'est la fumée de cigarette. Cette rapide liste ne se veut pas pour autant exhaustive et reflètera qu'une partie mineure des chamboulements physiologique mis en jeu lors d'une bouffée de cigarette. Outre la nicotine, chef de file des composés incriminés dans la dépendance nous pouvons également noter : les alcaloïdes secondaires issus du métabolisme de la nicotine (comme la cotinine et la norcotine), les bêta-carbolines (harmane, norharmane) l'acétaldéhyde (principal métabolite de l'éthanol), ou encore les inhibiteurs des monoamine oxydases (IMAO) (142).

Les alcaloïdes nicotiniques

Ils sont une famille de molécules organiques d'origine végétale, dérivés des acides aminés de caractère alcalin, renfermant au moins une molécule d'azote salifiable. Dans la plupart des souches de tabac, la norcotine et l'anatabine sont les alcaloïdes mineurs les plus abondants. La nicotine, la cotinine et la norcotine ne représentent qu'une petite partie des alcaloïdes nicotiniques. Bien que le taux de ces différents dérivés puisse varier en fonction du type de tabac (cigares, cigarettes, tabac à chiquer, etc.) leur variation est telle qu'elle est jugée anodine dans le sujet de l'étude présentée ici.

Nicotine

C'est un alcaloïde avec un noyau pyridine et un cycle N-méthyl-pyrrolidine. La nicotine est un ingrédient naturel qui agit comme insecticide botanique dans les feuilles de tabac. La nicotine est présente en faible quantité dans les légumes tels que les pommes de terre, les aubergines ou les tomates. L'affinité la plus élevée pour la nicotine se trouve dans le foie, les reins, la rate et les poumons. A l'opposé, sa plus faible affinité se trouve dans le tissu adipeux. C'est le psychotrope principal dans l'addiction au tabac. Il présente un métabolisme variable en fonction des différences interethniques, sa demi-vie d'élimination est d'environ deux heures mais présente une grande variabilité interindividuelle (1 à 4 heures).



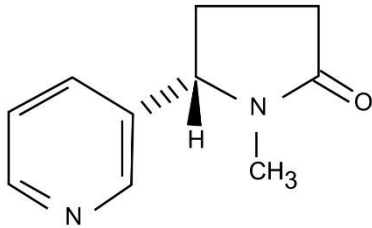
Nicotine

Source : Comprendre la dépendance pour agir, Inserm, 2004

Le délai entre une bouffée de cigarette et la nicotine atteignant le cerveau est de 10-20 secondes. Bien que la livraison de nicotine au cerveau soit rapide, il existe une libération retardée de nicotine grâce à une absorption pulmonaire importante associée à une diminution lente des concentrations artérielles de nicotine entre les bouffées. Ce métabolisme a été visualisé par tomographie pulmonaire par émission de positons (143).

Cotinine

Elle s'y forme par oxydation ménagée de la nicotine dont elle constitue le principal métabolite. Elle est peu présente dans la fumée de cigarette, mais comme tous les alcaloïdes nicotiniques elle possède d'importants effets pharmacologiques.

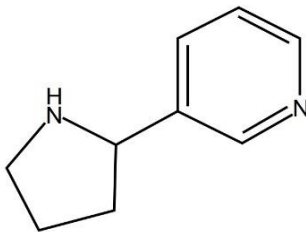


Cotinine

Source : Comprendre la dépendance pour agir, Inserm, 2004

Ces principales cibles sont le système nerveux central (psychotrope avec un effet stimulant par une libération de dopamine et de noradrénaline associé à une effet antidépresseur par une action au niveau des récepteurs sérotoninergiques centraux en réduisant le turnover de la sérotonine (144)) et le système cardiovasculaire (par une action artériorelaxante et une action antagoniste des effets hypertensifs de la nicotine et de l'adrénaline de manière non compétitive).

Nornicotine



Nornicotine

Source : Comprendre la dépendance pour agir, Inserm, 2004

Elle est présente en plus grande quantité chez les fumeurs et les expose durablement étant donné sa demi-vie plus longue que la nicotine. Elle entraîne des maladies métaboliques par des glycations anormales. Elle favorise le diabète, l'athérosclérose, la maladie d'Alzheimer et à certains cancers.

Principaux effets endocriniens des alcaloïdes nicotiniques

L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien est altéré par la nicotine. Elle augmente la sécrétion d'hormone antidiurétique (ADH ou vasopressine) à partir de la post-hypophyse. Un mécanisme de type agoniste cholinergique semble être au centre de ce mécanisme. La diurèse est ainsi modifiée, nous notons également une constriction coronarienne et une stimulation de la sécrétion de l'hormone corticotrope (ACTH) grâce au corticotropin-releasing-factor (CRF)-like. De tels effets présentent un intérêt pour l'interprétation des conséquences du tabagisme au cours du temps, que ce soit dans les fonctions mnésiques, les états de stimulation ou l'analyse des comportements addictologiques. Le tabagisme est souvent assimilé à une réaction de stress auto-entretenu dont il est difficile de mettre en exergue un phénomène propre étant donné la multiplicité des effets endocriniens et des substances en jeu. De nombreuses études sur des modifications de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien ont été faites ces trente dernières années pour faciliter le sevrage tabagique, mais malheureusement aucun travail validé n'a pu voir le jour à l'heure actuelle dans ce contexte. Le CRF est au centre des recherches actuelles, et bien que son rôle dans le cas de la dépendance à diverses drogues ne soit pas clairement compris, il semble une voie d'étude intéressante dans la vision des addictions et des moyens de lutter contre le maintien de celles-ci (145).

La concentration en bêta-endorphine dans le plasma des fumeurs a fait l'objet d'une étude qui montre un taux plus élevé chez les fumeurs. Cette caractéristique découle principalement du clivage d'un précurseur de l'ACTH. L'un d'eux est la bêta-lipotropine, qui conduit à la bêta- puis à l'alpha-endorphine et enfin à l'enképhaline. Le tabagisme pourrait donc être assimilé à une recherche d'endorphines endogènes (146).

La biosynthèse des œstrogènes peut également être affectée par les alcaloïdes nicotiques qui inhibent l'aromatase. Il a été montré que l'inhibition de la biosynthèse des œstrogènes dans sa phase terminale peut entraîner chez la femme une augmentation du taux endogène des précurseurs androgéniques (androstanedione, testostérone), en plus du déficit en œstrogènes qui en découle. Les études épidémiologiques mettent donc en évidence des taux d'œstrogènes plus faibles chez les femmes tabagiques (147).

L'acétaldéhyde, les bêta-carbolines et l'inhibition des monoamines oxydases (MAO)

Ils sont moins connus que les alcaloïdes nicotiques mais ils présentent d'importants effets pharmacologiques. L'acétaldéhyde est le principal métabolite de l'éthanol. Sa présence endogène dans les troubles de l'usage de l'alcool est connue de longue date et présente un intérêt scientifique dans l'étude du maintien des addictions. Les bêta-carbolines sont des alcaloïdes qui se forment par réaction de l'acétaldéhyde sur la tryptamine ou le tryptophane (le tryptophane est plus élevé chez le fumeur par une inhibition de la tryptophane hydroxylase par la nicotine).

L'harmane et le norharmane en font partie de ces bêta-carbolines et ont été mis en évidence dans la fumée de cigarette et retrouvés à une concentration plus élevée dans le plasma des fumeurs. Là encore de forts liens sont présent avec le modèle de l'addiction à l'alcool. Par ailleurs les carbolines présentent un intérêt certain dans l'étude de l'accoutumance à la cigarette.

Les bêta-carbolines sont des antagonistes des récepteurs adrénergiques alpha-2, agonistes inverses du récepteur GABA-A, ce qui leur confère de faibles propriétés mnésiantes et anxiogènes. Elles sont aussi inhibitrices de la cholinestérase et des monoamine oxydases (MAO). Notamment en ce qui concerne l'harmane (148). Des études par tomographie par émission de positons ont mis en évidence une diminution d'activité des MAO de manière générale chez les fumeurs. Cette activité peut être remise à un équilibre physiologique chez les ex-fumeurs. Il existe un nombre important d'inhibiteurs des MAO (IMOA) identifiés dans le tabac et la fumée de tabac. Ce grand nombre met facilement en échec l'identification des inhibiteurs présumés responsables de la plus faible ou plus forte activité des MAO chez les fumeurs afin d'avoir un levier thérapeutique (149,150). Les propriétés IMAO de la fumée de cigarette pourraient contribuer à expliquer l'attrance de certains fumeurs ayant des antécédents de dépression.

I.2.2. Survol historique

Cet aperçu de l'histoire du tabac est appuyé par les nombreux écrits du Pr. Molimard sur le tabac ainsi que de son livre « La fume » (151) associés aux notes présentées par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

Bien avant l'attrait du tabac, vint celui des fumigations. Les fumigations constituaient la partie essentielle des rituels religieux visant à l'accession de l'âme. Le tabac n'a pas été la première plante fumée. Le chanvre, par exemple, est plus rapidement apparu dans les différentes cultures du monde. La culture du tabac a débuté plus tardivement sur le continent américain. La date permettant de fixer son début n'est pas aisée et les historiens divergent à ce sujet. Les nicotianées sont des plantes américaines et australiennes qui ont fait leur arrivée en Europe à la suite de la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb en 1492. Il s'aperçut que partout les Indiens fumaient une plante nommée « petum » sous forme d'un tube de feuilles roulées en cylindre ou à travers un tuyau fait de roseau. Barthélemy de Las Casas, qui avait accompagné Colomb en 1492 et en 1502, avait habilement noté dans ses carnets la notion de vice et d'accoutumance qu'il avait constaté chez les consommateurs de « tabacco ». En 1520, les premières graines de tabac furent rapportées en Europe. Au Portugal, quelques années plus tard, le tabac était cultivé et utilisé comme une plante médicinale. Lisbonne et Barcelone ont été les premières villes Européennes à être envahies par le tabac. André Thévet, un moine cordelier, a regagné la France en 1556 à la suite d'une maladie attrapée en mission au Brésil. Il introduisit le tabac en France après avoir partagé ses observations. En voici une partie (cf. figure 3) :

Or ils cueillent sogneusement ceste herbe ¹ et la font seicher à l'ombre dans leurs petites cabannes. La maniere d'en user est telle. Ils enueloppent, estant seiche, quelque quantité de ceste herbe en une feuille de palmier, qui est fort grande, et la rollent comme de la longueur d'une chandelle, puis mettent le feu par un bout, et en reçoivent la fumée par le nez, et par la bouche. Elle est fort salubre, disent ils, pour faire distiller et consumer les humeurs superflues du cerueau. Dauantage prise en ceste façõ fait passer la faim et la soif pour quelque temps. Parquoy ils en usent ordinairement, mesmes quand ils tiennent quelque propos entre eux, ils tirent ceste fumée, et puis parlent : ce qu'ils font costumierement et successiement l'un apres l'autre en guerre, ou elle se trouue trescõmode. Les femmes n'en usent aucunement. Vray est, que si l'on prend trop de ceste fumée ou parfun, elle enteste et enyure, comme le fumet d'un fort vin. Les Chrestiens ¹ estans aujour-d'huy par delà sont deuenus merueilleusement frians de ceste herbe et parfun : combien qu'au commencement l'usage n'est sans danger auant que l'on y soit accoustumé : car ceste fumée cause sueurs et foiblesses, iusques à tomber en quelque syncope : ce que j'ay expérimenté en moymesme.

Figure 3 : Extrait de André Thévet, *Singularitez de la France antarctique autrement nommée Amérique et de plusieurs terres et isles découvertes de nostre temps*, Paris, 1558. p. 60-61.

Comme nous pouvons le voir dans l'extrait ci-dessus la notion d'accoutumance et de dépendance apparaissent rapidement au cours des observations sur « l'herbe angoumoisine ». En 1560 l'ambassadeur de la France au Portugal, Jean Nicot, envoya des feuilles de tabac râpées à Catherine de Médicis alors reine de France pour soulager ses migraines. Le tabac, nommé également pétun, fût décrit par la reine comme une plante salvatrice et la popularisa au sein de sa cour. Elle insista pour en cultiver en Bretagne, en Gascogne et en Alsace. Nous

l'appelons alors « l'herbe à la Reine » ou encore « la Catherinaire ». La mode du tabagisme se répand en Europe comme une trainée de poudre en passant par l'Allemagne jusqu'en Autriche avant d'atteindre la Turquie. Dès la fin du XVI^e siècle, le tabac était connu dans le monde entier. C'était un remède universel, donnant calme et ivresse, adapté aux maladies les plus diverses.

Cependant tout le monde n'idolâtre pas le tabac. Nous pouvons citer Le Pape Urbain VIII qui excommunia tout fumeur au sein de l'Église. Ou bien Jacques 1^{er} d'Angleterre et d'Irlande qui interdisait l'usage du tabac en 1619 et qui fut à l'origine du Misocapnos, un traité dans lequel il dénonçait « cette déplorable habitude, dégoûtante aux yeux, désagréable au nez, dangereuse pour le cerveau, désastreuse pour le poumon ». Sans oublier les châtiments tels que le nez coupé ou la décapitation dans certains pays orientaux pour lutter contre le tabagisme à cette même époque. Malgré ces mesures de santé publique nettement plus radicales qu'aujourd'hui, l'essor du tabac ne perdit pas de souffle.

Le tabac étant omniprésent et l'état s'y intéressât. En 1629, Richelieu créa en France le premier impôt sur le tabac. En 1681, Colbert, responsable des finances sous Louis XIV, instaura le monopole d'Etat dans la fabrication du tabac en créant une ferme d'état. L'état s'empara également du monopole de la fabrication et de la vente. Lors de la révolution Française ce monopole est supprimé.

En 1809, la nicotine a été découverte par un Normand, Louis Nicolas Vauquelin, professeur de chimie à l'Ecole de médecine de Paris. Cet alcaloïde est appelé « nicotine » en référence à Jean Nicot. Le monopole du tabac par l'état est rétabli par Napoléon 1er en 1811. Entre 1830 et 1843, les premières cigarettes fabriquées de façon industrielle apparaissent et la première machine à fabriquer les cigarettes est inventée.

Le Service d'Exploitation Industriel du Tabac (SEIT), créé en 1926, a hérité du monopole du tabac en France. La SEIT est devenue par la suite la SEITA par transformation en Société et ajout des allumettes au monopole. Ce monopole fut perdu en 1970, la société est alors privatisée. Elle s'unit à la firme espagnole Tabacalera pour former le groupe Altadis en 1999. Celui-ci fut absorbé neuf ans après par Imperial Tobacco.

En 2000, l'État français se détacha totalement du monopole de la vente et de la fabrication du tabac. La taxe sur le tabac constitue toujours une part importante des revenus de l'Etat, en France, et dans de nombreux pays. A ce propos, le Pr. Molimard met en relief l'addiction au tabac en précisant que « si la capacité d'une "drogue" à soutirer de l'argent des poches des plus démunis traduit la force avec laquelle elle accroche ses victimes, cela donne la mesure de la puissance de la dépendance qu'induit le tabac. ».

Le tabac, auparavant symbole de virilité, a toujours accompagné le soldat et le service militaire. L'état avait le monopole de la distribution et de la fabrication du tabac pendant de nombreuses années, il était donc aisé d'adoucir le peuple par des offrandes de la sorte. Par ailleurs, les effets positifs du tabac sont parfaits en temps de guerre, il trompe l'ennui, entretient la convivialité du groupe, maintient éveillé et en alerte tout en relaxant et en atténuant les angoisses.

Vers la fin du XIX^e siècle, avant la découverte des véritables dangers du tabac pour la santé, des courants de pensées moralisatrices à l'égard du tabac commençaient à stimuler la littérature. Alexandre Dumas, relata ses expériences néfastes avec le tabac, Goethe récita la répugnance qu'il ressentait envers le tabac, Balzac attisait une propagande contre le tabac ... Le comte Léon Tolstoï classait le tabac comme un équivalent aux drogues tel que l'opium. Il

écrivit dans un style qui lui appartient un pamphlet sur le tabac. Il mit en avant la dangerosité de cette substance vis-à-vis de produits moins accessibles à la consommation par sa facilité de transport et d'usage. Il remarqua également que « le fumeur d'opium et l'ivrogne inspirent le dégoût et l'épouvante, tandis que le fumeur de tabac ne présente rien de repoussant ». Vient là, l'abord de la position du tabac en collectivité et son admission dans les représentations sociales (152). La vision de Tolstoï sur la consommation du tabac ouvra de nombreux débats au début du XXe siècle.

A l'opposé, nombre d'écrivains soutenaient activement le tabac. Charcot critiqua ouvertement les écrits de Tolstoï en complémentarité avec Alphonse Daudet qui plaçait plus le tabac comme une habitude empreinte d'un doux vice qu'une addiction telle que l'alcool ou tout autre substance psychoactive. A cette époque nous nous préoccupions plus de l'impact du tabac sur la littérature que sur le corps ou l'esprit. George Sand parlait de la complémentarité nécessaire du tabac avec sa condition d'homme (impériosité qui marque clairement le caractère addictif de cette plante). Émile Zola et François Coppée défendaient le tabac qui était pour eux une aide précieuse pour les écrivains. Freud se montrait angoissé en l'absence de ses cigares et ne cachait pas la stimulation intellectuelle qu'ils lui offraient.

L'Association Française contre l'Abus du Tabac, fondée en 1868, est la plus ancienne association de prévention du tabagisme en France. Elle fut refondée en 1877 par Émile Decroix (1821-1901) sous le nom de « Société contre l'abus du tabac ». Cette société organisa de multiples concours au cours de son existence pour sensibiliser sur les méfaits du tabac et stimuler la lutte contre son abus. Ces concours étaient destinés aux instituteurs, aux médecins, aux personnel enseignants des collèges, lycées et écoles de tout ordre. A titre d'exemple, « Qu'avez-vous fait, jusqu'à ce jour, pour combattre l'usage du tabac parmi la jeunesse dont vous avez mission de faire l'éducation. Donnez des preuves à l'appui. » est un concours lancé en 1937 aux instituteurs avec une dotation de 100 F (153). L'épigraphe de cette société, détenu par Émile Decroix, est la suivante : « Le tabac est toujours inutile, souvent nuisible quelquefois homicide. ». Cette société s'intéressait de près aux conséquences du tabac sur les jeunes enfants et adolescents. Sur la page 129 de la première édition de sa revue, parut en mai 1878, nous pouvons voir : « L'influence du tabac sur la jeunesse est donc une œuvre de destruction ; il amoindrit les facultés intellectuelles et morales de l'individu au moment où elles ne demandent qu'à se développer par la culture, il gâte le fruit en étioquant la fleur. ». La Société contre l'abus du tabac devient la « Ligue contre le tabac » en 1939 puis « Prévention du Tabagisme (Comité national du droit à l'air pur) » en 1959. C'est en 1968 qu'elle prit le nom actuel de « Comité National Contre le Tabagisme » (CNCT). C'est ce comité qui organise des campagnes, et est spécialisé dans les actions en justice contre l'industrie du tabac. L'adoption de la loi Veil en 1976 signe le premier texte de loi relatif au contrôle du tabac. Ce texte est amélioré en 1991 par la loi Evin.

Au milieu du XXe siècle, les premières études épidémiologiques prouvent la toxicité du tabac. L'association entre la consommation de tabac et le cancer du poumon s'enrichit de preuve. Les suspicions des premières études sur la mortalité liée au tabac sont clairement établies avec le rapport de Doll (154). Le CNCT est en partie responsable du principe de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif et l'interdiction de toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac. La surveillance de ces missions est remise au CNCT.

En 1996 une ligne téléphonique est lancée en France pour aider les fumeurs à arrêter : Tabaphone. A partir de 2003 les mineurs de moins de 16 ans ne peuvent plus acheter de tabac. C'est en 2007 que rentre en vigueur de l'interdiction de fumer dans les lieux de travail,

les établissements scolaires, les hôpitaux, les administrations et les transports publics. Un an plus tard les cafés, boîtes de nuit, bars et restaurants suivent le mouvement. Ce mouvement est soutenu par le Ministère de la Santé qui travaille étroitement avec le CNCT.

I.2.3. Données épidémiologiques

I.2.3.1. Au niveau mondial

A l'échelle mondiale, près de six millions de personnes meurent chaque année de maladies liées au tabagisme. Parmi celles-ci, plus de cinq millions d'entre elles sont des consommateurs ou d'anciens consommateurs, et plus de 600 000 des non-fumeurs involontairement exposés à la fumée. L'OMS a estimé que la moitié des enfants du monde respirent un air pollué par de la fumée de tabac.

Environ la moitié des fumeurs vont mourir prématurément d'une maladie liée au tabac. Le tabagisme est l'un des problèmes de santé publique le plus important au monde. Le nombre de décès lié au tabagisme dépasse les décès cumulés des autres substances addictives, virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et accidents de la circulation additionnés. Le tabac étant une problématique de santé publique majeure, l'intérêt porté au sevrage tabagique doit être sans cesse optimisé, tant pour l'individu lui-même que pour son environnement. D'autant plus qu'un groupe significatif de fumeurs cherche à arrêter sa consommation (155). Malheureusement la grande majorité de ces fumeurs sont en échec dans leur tentative d'arrêt (155,156). Plus de 60% des fumeurs ont tenté ou souhaitent arrêter de fumer (157–159).

Des progrès remarquables ont été accomplis en matière de lutte antitabac depuis 2003. Près des deux tiers des pays, qui abritent 63 % de la population mondiale ont des politiques de lutte antitabac (138). La lutte contre le tabagisme nécessite une action globale associant de multiples dimensions à l'échelle d'une nation. L'arrêt du tabac est l'intervention de santé publique la plus rentable en terme de répercussion sur le système de santé (160) et dans tous les cas, l'arrêt du tabac est bénéfique pour la santé (161).

Malgré les importants progrès dans la lutte contre le tabac qui ont été fait depuis les dernières décennies le tabac reste l'un des problèmes de santé publique le plus urgent. Ce trouble de l'usage d'une substance persiste à grande échelle (162) et au-delà des conséquences sanitaires, les répercussions de cette substance sur le plan environnemental et les conséquences humaines qu'entraîne la circulation mondiale de ce produit sont tout aussi délétères.

I.2.3.2. Au niveau de la France

En France, le tabagisme est la première cause de mortalité évitable, avec environ 73 000 décès chaque année. La France est l'un des moins bons élèves concernant la prévalence tabagique sur le plan international avec 34.1% de fumeurs en 2014 (fumeurs quotidiens et occasionnels). A titre d'exemple pour une année comparable, la Belgique est à 23%, la Thaïlande à 20.7%, les États-Unis à 18.5%, le Mexique est à 16.4%, et l'Islande à 15.2% (138). En 2017 la prévalence tabagique en France est à 31.9%. Ce dernier chiffre est très récent et il n'avait pas été pris en compte dans les derniers rapports de l'OMS. Quoiqu'il en soit le tabagisme reste plus répandu en France que dans la majorité des autres pays sur une année comparable.

Les trois-quarts des décès liés au tabac concernent les hommes (76 %) (163). La mortalité masculine par cancer du poumon est en baisse depuis le milieu des années 1990.

En parallèle la mortalité féminine augmente (surtout chez les 35-44 ans), même si nous ne constatons pas d'augmentation franche de la mortalité par cancer du poumon. Cette hausse de la mortalité féminine est plus en lien avec l'augmentation de la prévalence tabagique chez les femmes depuis 1980. En moyenne, un fumeur régulier sur deux meurt prématurément des conséquences de son tabagisme. Il n'existe pas de seuil au-dessous duquel fumer ne représente pas de risque. En effet, le risque d'être victime d'une conséquence liée au tabac dépend certes du nombre de cigarettes que nous fumons chaque jour, mais également de l'ancienneté de son tabagisme. Le seul moyen efficace pour réduire ce risque est l'arrêt du tabac.

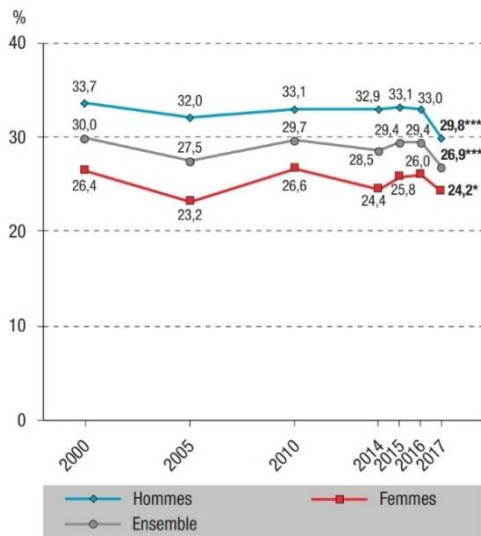
Depuis 1992, l'INPES mène une série d'enquêtes déclaratives répétées appelées Baromètres santé. Elles se font en collaboration avec de nombreux acteurs de la santé. Elles visent à suivre les principaux comportements et perceptions liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population Française. Ces baromètres vont nous être utiles pour étayer par des chiffres cette synthèse épidémiologique au niveau de la France. Le Baromètre santé 2010 avait montré une hausse de la prévalence du tabagisme par rapport à 2005, notamment chez les femmes. Le dernier Baromètre Santé édité par l'INPES date de 2014. Il a interrogé plus 15 000 personnes entre décembre 2013 et mai 2014. Ce sont les chiffres clés détaillés les plus récents sur la consommation globale de tabac en France (164). Le prochain Baromètre santé 2017 n'est pas encore entièrement disponible, les premiers résultats ont été publiés le 29 mai 2018 dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire deux jours avant la journée mondiale sans tabac. Ils viendront actualiser les données du Baromètre Santé de 2014. Le Baromètre santé 2017 a été conduit du 5 janvier 2017 au 18 juillet 2017 sur un échantillon représentatifs de la population des 18-75 ans de 25 319 personnes résidentes en France métropolitaine.

Comme nous le disions, la consommation quotidienne (ou régulière) et occasionnelle de tabac a augmenté en France entre 2005 et 2010 parmi les 15-75 ans (de 31,4 % à 33,7 %). La tendance se montre stable entre 2010 (33,7 %) et 2014 (34,1%) dans la même tranche d'âge. Après une relative stabilité observée entre 2010 et 2016, une baisse significative de la prévalence du tabagisme s'est observée chez les femmes et les hommes entre 2016 et 2017 (-3.2 points ; $p < 0.001$). La prévalence du tabagisme quotidien a aussi significativement diminuée pour les deux sexes avec une perte de 2.5 points ($p < 0.001$) entre 2016 et 2017 (cf. figure 4).

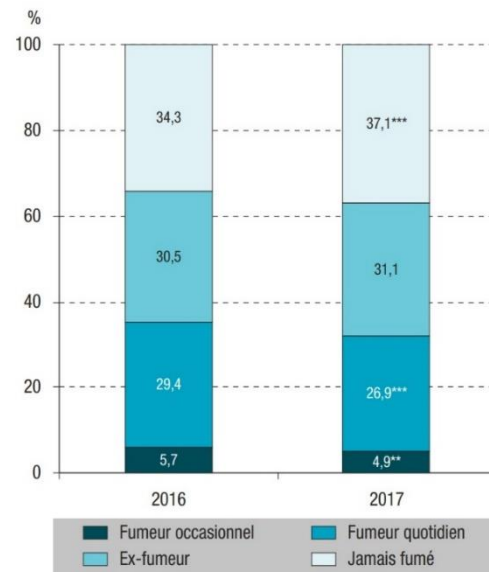
En 2017, 31.9% des personnes âgées de 18-75 ans sont des fumeurs (35.2% des hommes et 28.7% des femmes ; $p < 0.001$) (165). Cette différence très significative de prévalence du tabagisme entre les hommes et les femmes s'avère similaire lors de consommations régulières (29.8 % chez les hommes et 24.2 % chez les femmes ; $p < 0.001$) et chez les ex-fumeurs (34.7 % chez les hommes et 27.7 % chez les femmes ; $p < 0.001$). Cette asymétrie se retrouve également lors des consommations occasionnelles mais dans une moindre mesure (5.4 % chez les hommes et 4.5 % chez les femmes ; $p < 0.05$). Elle s'inverse seulement chez les personnes n'ayant jamais fumées (43.6% chez les femmes et 30.2% chez les hommes ; $p < 0.001$).

A noter la proportion de fumeurs réguliers (ou quotidiens) est en baisse entre 2016 (29,4 %) et 2017 (26,9 % ; $p < 0.001$) tout comme la proportion des fumeurs occasionnels (5,7% en 2016 à 4,9% en 2017 ; $p < 0.01$). Ces chiffres regroupent les femmes et les hommes. Nous voyons que parmi les 31,9 % de fumeurs, 26,9 % sont des fumeurs réguliers et 4,9% sont des fumeurs occasionnels (cf. figure 5). La prévalence de personnes qui n'ont jamais fumé est en augmentation (34,3% en 2016 à 37,1% en 2017 ; $p < 0.001$). Malheureusement

la part d'ex-fumeurs (31.1% en 2017) est stable depuis plusieurs années calmant ainsi l'excitation des récents relevés épidémiologiques Français. Fait impressionnant, près d'un tiers des personnes sont des ex-fumeurs si nous nous référons à cette même figure.



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France. Baromètre cancer 2015, INCa.
Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 :
* p<0,05 ; *** p<0,001.



Sources : Baromètres santé 2016 et 2017, Santé publique France.
Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 :
** p<0,01 ; *** p<0,001.

Figure 4 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2017 **Figure 5 :** Statut tabagique des 18-75 ans en France en 2016 et 2017

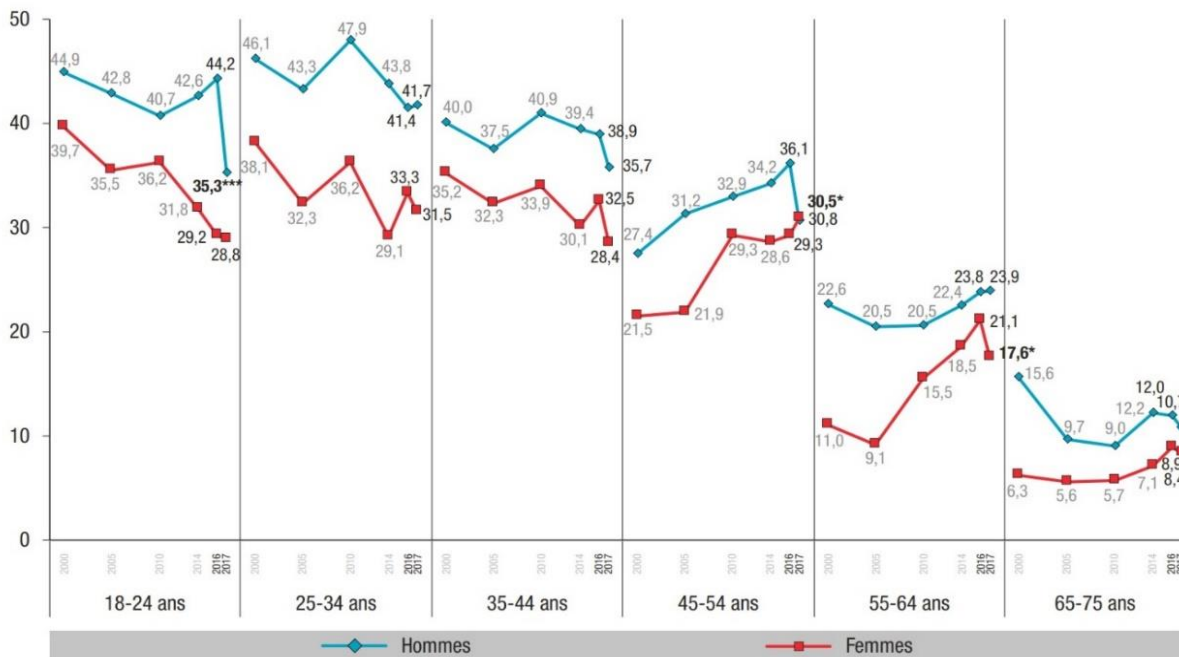
D'après l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), 35 millions de Français âgés de 11 à 75 ans ont fumé au moins une fois et 13 millions sont des fumeurs réguliers en 2015. L'année suivant ce chiffre s'élève à 13.2 millions avant de s'affaiblir en 2017 avec 12.2 millions de fumeurs réguliers. Nous constatons une différence de fumeurs réguliers d'un million de personnes. Ce chiffre comprend les arrêts mais également les absences d'entrées dans le tabagisme (occasionnel ou régulier).

L'évolution de la prévalence du tabagisme quotidien diffère selon les classes d'âge et le sexe (cf. figure 6). Parmi les principales évolutions constatées entre 2000 et 2017 nous pouvons citer les faits suivants :

- **Chez les femmes :** la prévalence du tabagisme régulier est en baisse significative dans la tranche d'âge des 20-44 ans entre 2010 et 2014. Elle est cependant en hausse dans celle des 55-64 ans en passant de 15.5 % à 18.5 % (p < 0,05), prolongeant la tendance déjà observée en 2010 entre 2005 et 2010 (9.1 % à 15.5 % ; p < 0.001). Cette hausse régulière du tabagisme régulier chez les 55-64 ans depuis 2005 s'est inversée en 2017 avec une diminution significative de la consommation qui est passée de 21.1 % en 2016 à 17.6 % (p < 0.05). Dans la classe d'âge des 45-54 ans la prévalence du tabagisme poursuit sa hausse bien qu'elle soit ralentie après une fulgurante augmentation entre 2005 et 2010. La consommation quotidienne de tabac est restée stable chez les 18-24 ans entre 2016 et 2017 après une baisse significative entre 2010 et 2016. Nous pouvons donc analyser qu'il y a un important effet générationnel chez les femmes et que la situation préoccupante de l'augmentation majeure de la consommation de tabac chez les femmes depuis 20 ans commence à se stabiliser et même s'améliorer depuis peu. Ces chiffres nous informent également

sur l'importance d'avoir des actions permettant d'être efficace sur toutes les générations dans la lutte antitabac.

- **Chez les hommes** : la prévalence du tabagisme régulier a été en hausse significative dans la tranche d'âge des 65-75 ans entre 2010 et 2014 en passant de 9 % à 12.2 % ($p < 0,05$) (164). Cette hausse s'est stabilisée de 2014 à 2016 et amorce actuellement une diminution. La classe d'âge des 25-34 ans a eu une augmentation impressionnante de la prévalence du tabagisme entre 2005 et 2010 (43.3 % à 47.9 % ; $p < 0.01$) mais celle-ci a pu être inversée. A noter que la prévalence globale reste stable parmi les hommes de 15-75 ans entre 2010 et 2014. La consommation quotidienne de tabac a diminué drastiquement chez les hommes de 18-24 ans entre 2016 et 2017. Elle est passée de 44.2 % à 35.3 % ($p < 0.001$). Nous constatons également une diminution significative de la prévalence du tabagisme chez les 45-54 ans, passant de 36.1 % à 30.5 % ($p < 0.05$) qui met fin à une hausse constante depuis 2000. Ainsi les mesures de lutte antitabac, qui avaient seulement réussies à stabiliser la prévalence du tabagisme depuis 2000, s'avèrent payantes étant donnée la diminution de la consommation du tabac. Une attention toute particulière sera à porter, comme chez les femmes, sur l'efficacité des mesures de lutte antitabac sur les différentes générations. Notamment chez les 25-34 ans (car après une diminution faisant suite à un rebond, la prévalence amorce une hausse) et les 55-64 ans qui présentent une hausse depuis 2010.



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France.
Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 : * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

Figure 6 : Prévalence (en %) du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2017

Le nombre moyen de cigarettes fumées (ou équivalent) par jour a diminué en France entre 2005 et 2010, passant de 15,4 cigarettes par jour à 13,8 chez les fumeurs réguliers. Malgré ce fait, l'exposition active des individus à la fumée des cigarettes et donc à la toxicité des cigarettes n'a pas changé, voire a augmenté malgré une stabilisation de l'incidence de la

quantité consommée à cause du tabagisme passif ainsi que de la hausse de la prévalence tabagique par rapport à 2005 (166). Parmi l'ensemble des fumeurs, le nombre moyen de cigarettes fumées a légèrement diminué entre 2010 et 2014 (de 11,9 à 11,3 cigarettes par jour ; $p < 0,05$) bien qu'il soit resté stable parmi les seuls fumeurs quotidiens avec 13,5 cigarettes par jour (versus 13,8 en 2010). Avec dans le détail une baisse de consommation des cigarettes manufacturées (de 10,2 à 8,6 cigarettes par jour) et une hausse du nombre de cigarettes roulées (de 2,8 à 4,4 par jour) sur quatre ans. En 2017, la quantité de cigarettes fumées chez les fumeurs quotidiens est stable par rapport à 2010 et 2014 avec 13,3 cigarettes. En 2017 les hommes fument en moyenne 14,2 cigarettes par jour et les femmes 12,2. Parmi les fumeurs quotidiens évalués en 2017, 18,8 % fumaient entre une et cinq cigarettes par jour en moyenne, 33,2 % entre cinq et 10, 19,3 % entre 10 et 15, 17,4 % entre 15 et 20 et 11,2 % plus d'un paquet par jour.

En 2010, 88 % des fumeurs âgés de 15 à 85 ans fumaient des cigarettes manufacturées, 24 % du tabac à rouler, 9 % la chicha, 7 % des cigarillos, 6 % des cigares et 2 % la pipe.

Exposition au tabagisme passif

Parmi les fumeurs actuels de 15 à 75 ans, près de 39% fument ou ont un(e) fumeur(se) au domicile (167). La tendance est à la stabilité chez les fumeurs, après une baisse importante observée entre 2005 et 2010. L'exposition au tabagisme passif au domicile chez les non-fumeurs est en baisse : 19,4 % en 2010 déclaraient y être exposés contre 15,6 % en 2014 ($p < 0,001$).

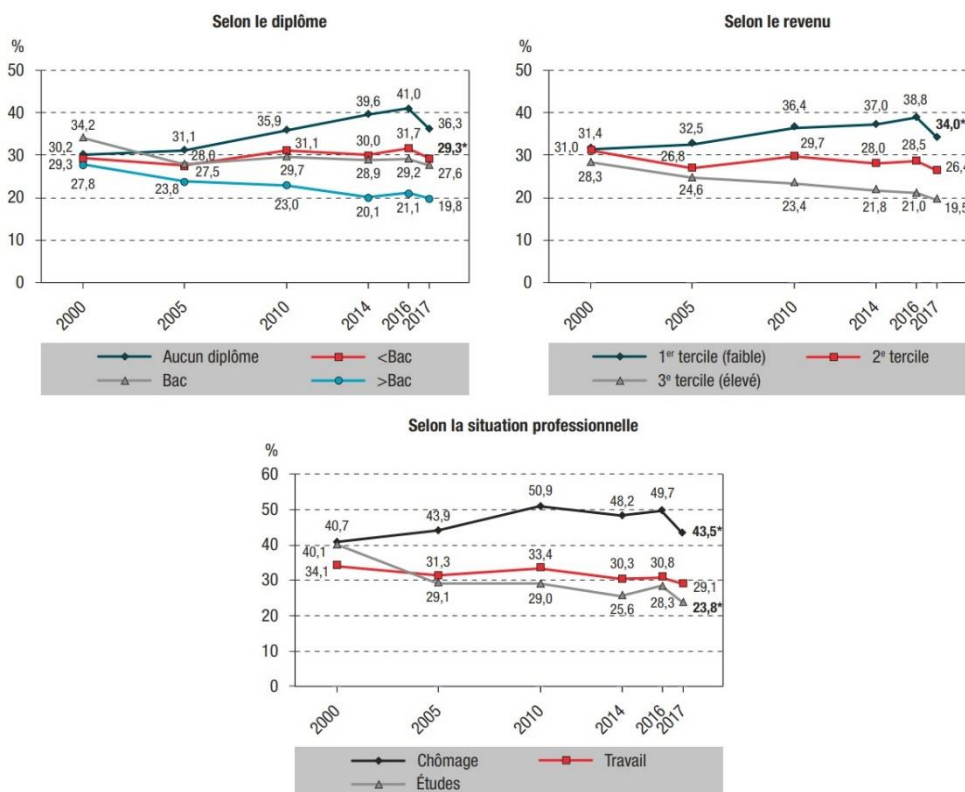
Inégalités sociales concernant le tabagisme

L'INPES a également étudié les liens existants entre inégalités sociales et tabagisme en France. L'analyse des liens entre le tabagisme régulier et le niveau de diplôme, la situation professionnelle, les revenus et le fait d'être ouvrier depuis 2000 montre de nombreuses inégalités qui après une phase d'accentuation entre 2000 et 2010, se sont partiellement stabilisés de 2010 à 2014. Malgré cette tendance à la stabilisation, les inégalités se seraient même accentuées si nous considérons la situation de chômage (odds ratio (OR) = 1,8 par rapport aux individus qui travaillent, $p < 0,001$) et les ouvriers dans une moindre mesure.

Ces liens entre inégalité et tabagisme sont particulièrement forts chez les hommes, mais également chez les femmes. Le fait d'être sans diplôme ou d'avoir un niveau de diplôme inférieur au bac reste également fortement associé au tabagisme régulier (notamment chez les femmes de 20 à 44 ans) (164). Les auteurs avaient mis en garde que l'écart entre les chômeurs et les personnes qui travaillent pourrait même continuer à se creuser à l'avenir en dépit du fait que les fumeurs les plus précaires sont aussi nombreux que les autres fumeurs à déclarer avoir envie d'arrêter de fumer (167). L'enjeu est donc important en France, tout comme dans le reste du monde, pour conduire une politique de prévention du tabagisme qui puisse réduire les inégalités sociales et les facteurs de précarité afin de limiter les risques d'entrer dans le tabagisme, qui lui-même peut favoriser un engrenage délétère sur le plan psycho-social.

Ces alertes semblent avoir été utiles car depuis la première fois depuis 2000, le dernier baromètre santé nous offre une tendance changeante entre 2016 et 2017. En effet, la prévalence du tabagisme quotidien a diminué chez les personnes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat (31,7 % en 2016 à 29,3 % en 2017 ; $p < 0,05$), les étudiants (28,3 % à 23,8 % ; $p < 0,05$), les personnes au chômage (49,7 % à 43,5 % ; $p < 0,05$) et parmi les personnes

dont le revenu se situait dans la tranche la plus basse par unité de consommation (38,8 % en 2016 à 34 % en 2017 ; $p < 0.001$) (cf. figure 7).



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France.
Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 : * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Figure 7 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le diplôme (18-75 ans), le revenu par unité de consommation (18-75 ans) et la situation professionnelle (18-64 ans), France, 2000-2017

Malgré tout l'analyse faite en 2017 des principaux facteurs de risque sociodémographiques associés au tabagisme quotidien ajustés à l'axe et au sexe montre que le chômage reste associé à une prévalence plus élevée du tabagisme (OR = 1,5 par rapport aux individus qui travaillent qui ont un OR = 1, $p < 0,001$) (cf. tableau 2). Ce facteur de risque est également présent de manière graduée en fonction du type de profession. Par exemple, le fait d'être cadre est moins associé au tabagisme que le fait d'être ouvrier (OR = 1 versus OR = 1.7). Les OR associés au tabagisme diminuent lorsque le niveau du diplôme augmente et également lorsque de revenu par unité de consommation augmente. Ainsi le fait d'avoir fait des études supérieures et d'avoir meilleur un revenu est associé à un moindre tabagisme.

L'aperçu fait ici sur les inégalités sociales en matière de tabagisme permet de voir qu'il persiste d'importantes disparités en fonction de la place de chacun dans la société avec des écarts d'environ 14 points de prévalence du tabagisme entre les personnes aux revenus les moins élevés et celles aux revenus les plus élevés ou bien entre les actifs et les chômeurs. Mais nous pouvons également voir que les politiques de santé publique ont réussi à légèrement modifier les tendances installées depuis près de 20 ans. Elles méritent donc d'être poursuivies et améliorées, notamment sur les classes sociales défavorisées, afin de réduire

les inégalités. D'autant que ces inégalités sociales entretiennent le risque de développer une addiction au tabac.

Tableau 2 : Facteurs associés au tabagisme quotidien en France en 2016 et 2017

	2016 N=14 521			2017 N=24 965		
	%	OR	IC95%	%	OR	IC95%
Sexe	***			***		
Homme (réf.) (n=11 574)	33,0	1		29,8	1	
Femme (n=13 710)	26,0	0,7***	[0,7-0,8]	24,2	0,8***	[0,7-0,8]
Âge	***			***		
18-24 ans (réf.) (n=2 272)	36,7	1		32,1	1	
25-34 ans (n=3 709)	37,3	1,1	[0,9-1,3]	36,5	1,3**	[1,1-1,5]
35-44 ans (n=4 386)	35,7	0,9	[0,8-1,1]	32,0	1,0	[0,8-1,1]
45-54 ans (n=5 003)	32,6	0,8**	[0,6-0,9]	30,6	0,8*	[0,7-1,0]
55-64 ans (n=5 261)	22,4	0,4***	[0,4-0,5]	20,6	0,5***	[0,4-0,6]
65-75 ans (n=4 653)	10,4	0,2***	[0,2-0,3]	9,5	0,2***	[0,2-0,3]
Diplôme	***			***		
Aucun diplôme (réf.) (n=1 608)	41,0	1		36,3	1	
<Bac (n=7 991)	31,7	0,7**	[0,6-0,9]	29,3	0,8*	[0,7-1,0]
Bac (n=5 415)	29,2	0,6***	[0,5-0,7]	27,6	0,6***	[0,5-0,7]
>Bac (n=10 209)	21,1	0,4***	[0,3-0,5]	19,8	0,5***	[0,4-0,5]
Revenu par unité de consommation	***			***		
1 ^{er} tercile (réf.) (n=7 237)	38,8	1		34,0	1	
2 ^e tercile (n=8 259)	28,5	0,9*	[0,8-1,0]	26,4	0,9**	[0,8-1,0]
3 ^e tercile (n=8 604)	21,0	0,8***	[0,7-0,9]	19,5	0,8***	[0,7-0,9]
Refus de répondre (n=1 184)	22,8	0,6**	[0,4-0,8]	22,2	0,6***	[0,5-0,7]
Situation professionnelle	***			***		
Travail (réf.) (n=14 369)	30,6	1		29,0	1	
Chômage (n=1 814)	49,7	1,7***	[1,5-2,0]	43,5	1,5***	[1,3-1,7]
Inactif (n=9 101)	21,7	1	[0,8-1,1]	19,3	0,9	[0,8-1,1]
PCS de l'individu ou du référent du foyer	***			***		
Agriculteur, artisan, commerçant, chef d'entreprise (n=1 972)	26,1	1,2	[1,0-1,5]	26,8	1,5***	[1,3-1,8]
Cadre et profession intellectuelle supérieure (réf.) (n=4 604)	17,9	1		15,9	1	
Profession intermédiaire (n=7 050)	24,7	1,3***	[1,1-1,5]	23,9	1,4***	[1,2-1,6]
Employé (n=6 865)	30,0	1,3**	[1,1-1,6]	27,4	1,4***	[1,2-1,6]
Ouvrier (n=4 532)	40,6	1,6***	[1,3-1,9]	36,4	1,7***	[1,4-1,9]

Sources : Baromètres santé 2016 et 2017, Santé publique France.

*** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05.

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

PCS : catégorie socio-professionnelle.

L'OFDT a observé une constance dans la diminution de vente de tabac en France métropolitaine (- 14% au total entre 2010 et 2014) qui n'est pas représentative de la diminution de la prévalence du tabagisme en France, celle-ci étant moins spectaculaire. Le doute se porte actuellement sur un décalage des méthodes de consommations, avec notamment un engouement plus important que prévu sur le tabac à rouler en raison du fait que la part des achats transfrontaliers de tabac semble être stable (168). Une cigarette sur cinq consommée par les fumeurs français proviendrait d'un achat transfrontalier.

La production est également en diminution en France. Nous pouvons voir sur le tableau ci-dessous que les ventes de cigarettes sont passées de 97,1 milliards d'unités en 1991 à 44,9 milliards d'unités en 2016 (cf. tableau 3). Les chiffres sont stables en 2017 (44,3 milliards d'unités). Nous pouvons voir que depuis 1991 le déclin des ventes est relativement constant.

Tableau 3 : Évolution des ventes du tabac en France de 1991 à 2016

Évolution du marché des cigarettes, des scaferlatis* et des cigares et cigarillos en volume et en valeur toutes taxes comprises, France, 1991-2016

Année	Ventes de cigarettes		Ventes de scaferlatis		Ventes de cigares et cigarillos	
	Volume, milliards d'unités	Valeur TTC, milliards d'euros	Volume, tonnes	Valeur TTC, millions d'euros	Volume, millions d'unités	Valeur TTC, millions d'euros
1991	97,1	6,42	4 905	154	1 473	286
1992	96,3	7,09	4 970	176	1 377	276
1993	96,6	8,07	5 534	235	1 369	274
1994	90	9,12	6 196	312	1 407	294
1995	88,3	9,73	6 444	351	1 460	309
1996	86,2	10,25	6 997	408	1 530	329
1997	83	10,63	7 315	461	1 571	350
1998	83,8	11,18	7 284	484	1 630	374
1999	83,7	11,71	7 386	532	1 671	394
2000	82,5	12,12	7 170	537	1 711	406
2001	83,5	12,89	7 086	557	1 729	432
2002	80,5	13,46	6 957	614	1 707	436
2003	69,7	13,12	6 995	721	1 730	447
2004	55	13,1	7 861	991	1 892	565
2005	54,8	13,06	7 782	1 026	1 848	556
2006	55,8	13,32	7 795	1 050	1 819	546
2007	55	13,42	7 706	1 067	1 692	516
2008	53,6	13,54	7 831	1 172	1 629	505
2009	55	13,99	7 772	1 225	1 578	497
2010	54,8	14,74	8 077	1 360	1 556	505
2011	54,1	15,4	8 380	1 527	1 505	505
2012	51,5	15,5	8 870	1 776	1 484	514
2013	47,5	15,3	9 049	2 007	1 422	509
2014	45	15,2	8 728	2 146	1 364	506
2015	45,5	15,3	9 243	2 275	1 327	509
2016	44,9	15,2	9 277	2 297	1 226	476

* Tabac traditionnel, à pipe et à rouler

Source : La Revue des tabacs (n° 652 - mai 2017)

Le coût pour les finances publiques est bien plus élevé que les recettes des taxations sur le produit mis en cause. En 2016, les coûts des soins pour le tabac s'élevaient à 25.9 milliards d'euros pour une recette de taxation à 10.3 milliards d'euros. Ce chiffre regroupe toutes les conséquences du tabagisme. Le tabagisme est un fardeau économique et financier très lourd pour la nation. Malgré l'augmentation des mesures gouvernementales antitabac, la prévalence du tabagisme reste à un niveau élevé en France (157). La rechute après un sevrage tabagique reste un événement très fréquent, proche de 70% à un an, qui est nécessaire de limiter (169).

Sur le long terme, la prévalence tabagique diminue de manière régulière depuis les années 1970. Entre 2000 et 2005, le premier plan cancer associé à des augmentations importantes du prix du tabac ont contribué à une baisse importante de la prévalence tabagique. S'en est suivi une hausse jusqu'en 2010 avant d'atteindre une certaine stabilité de la proportion de fumeurs entre 2010 et 2014. Le tabagisme reste une pratique plus masculine même si une augmentation de la prévalence du tabagisme chez les femmes s'est observée entre 2005 et 2010 réduisant ainsi cet écart.

En 2017, le pourcentage de femmes et d'hommes ayant arrêté de fumer est en augmentation par rapport à 2014 sur l'ensemble des générations. La population adolescente, particulièrement touchée par le tabac, a montré une baisse très importantes d'environ 10 points depuis 2000 chez les femmes et chez les hommes de la prévalence du tabagisme quotidien grâce à des mesures politiques plus accés sur cette population à risque. Cette importante différence s'explique en partie par un passage moins fréquent au tabagisme régulier chez les jeunes adultes. La hausse des tentatives d'arrêts par rapport à 2016 de

manière générale chez les fumeurs quotidiens de 18-75 ans est également une donnée encourageante.

Les données épidémiologiques actuelles, bien que toujours alarmantes, n'en sont pas moins encourageantes. La diminution de la prévalence du tabagisme entre 2016 et 2017 dans la population générale et dans les classes sociales défavorisées peut (et doit) nous motiver. En effet, c'est la première fois qu'une telle baisse est observée depuis quasiment une vingtaine d'années et qu'elle ne se limite pas à certaines classes sociales ayant un meilleur accès aux soins. L'importance sera de maintenir ce nouveau dynamisme et d'adapter les mesures de santé publique pour lisser encore plus les inégalités sociales sans oublier d'inscrire l'évolution annuelle observée ici dans la durée. Bien que ces « bons » chiffres montrent que l'intensification des programmes de lutte antitabac faite de manière cohérente peut faire évoluer les choses dans le bon sens, ils doivent toute-même être interprétés délicatement car il persiste encore des variations générationnelles, des variations de genre et des variations de classes qui sont difficilement analysables sur une seule année.

Ainsi tous ces signaux nous encouragent à poursuivre l'augmentation des dispositifs de soins dans la lutte antitabac et renforcer les actions menées en santé publique pour réduire les inégalités dans l'addiction au tabac.

I.2.4. Addiction et tabac

L'addiction est un domaine qui s'aborde plus facilement de nos jours dans lequel le clivage entre le tabac, l'alcool et la toxicomanie est en train de s'effacer définitivement. Le concept d'addiction est assimilé par la société et l'addictologie est devenue une spécialité médicale et universitaire identifiable. De grand progrès ont été fait dans la connaissance des mécanismes neurobiologiques des addictions mais également dans la redéfinition des concepts de celle-ci. Toutefois les représentations idéologiques ainsi que la perception sociale et politique des addictions méritent d'être améliorées pour agir de manière plus incisive et plus efficacement dans la l'accompagnement des addictions et du sevrage.

I.2.4.1. Concept d'addiction et de dépendance

Le concept d'addiction se définit par un état dans lequel tout le comportement se focalise sur la production d'un plaisir (et la disparition de sensations aversives), avec une incapacité à maîtriser son comportement (et son maintien) en dépit de la connaissance des conséquences délétères. Cela intègre les substances (héroïne, tabac, cannabis...) et les addictions comportementales (jeux pathologique, bigorexie, anorexie-boulimie, addiction sexuelle, achats compulsifs...) (170,171).

La consommation d'un produit commence d'abord par la notion de plaisir. La consommation des produits (ou comportements) capables d'entraîner une addiction délivrent d'abord du plaisir. Leurs consommations entraînent plaisirs et sensations. Ils condensent l'intensité du plaisir obtenu avec le produit (ou comportement) et l'importance des sensations, qu'elles soient intenses ou inhabituelles. Ce plaisir vient généralement combler une souffrance émotionnelle ou relationnelle. Pour certains, l'évolution va se faire progressivement vers une dépendance.

Une personne est dépendante lorsqu'elle ne peut plus se passer de consommer. Sa vie quotidienne tourne largement ou exclusivement autour de la recherche et de la prise du produit. L'addiction apparait quand la sensation remplace l'émotion et que le besoin l'emporte sur le désir. La dépendance peut s'installer de manière progressive ou brutale. Elles entraînent

des modifications complexes dans les fonctions psychologiques et dans le comportement. Nous parlons généralement d'une rencontre émotionnelle et physique avec un produit ou une conduite qui, « accroche » en fonction des attentes du sujet à un moment précis. La définition qui a été donnée en 1975 par l'OMS concernant la dépendance à une substance est la suivante : « un état, psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisé par des réponses comportementales et autres, qui se caractérisent toujours par une compulsion à prendre la substance, sur un rythme continu ou périodique, de façon à en ressentir ses effets psychiques et, parfois, à éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut ou non être présente. »

La tolérance est un état d'adaptation de l'organisme à une substance, se manifestant par la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets.

Le terme générique de « dépendance » se rapporte à des éléments aussi bien physiques que psychiques qui ne permettent pas de s'abstenir de consommer. Il est d'usage courant de distinguer :

- **la dépendance psychique** : définit un état mental caractérisé par un besoin ou une recherche compulsive à prendre une substance. Cette prise de substance peut se faire de façon périodique ou continue dans le but d'en tirer du plaisir ou d'annuler une sensation de malaise psychique (172). Cette recherche compulsive de la substance contre sa volonté et sa raison est traduite par « craving » (envie irrépressible de consommer la substance).
- **la dépendance physique** : définit une exigence de l'organisme concernant l'apport régulier d'une ou plusieurs molécules chimiques exogènes, nécessaires pour le maintien de son équilibre et éviter le syndrome de manque lié à la privation du ou des produits. Elle se caractérise par une possible tolérance objectivable par une augmentation des substances et un syndrome de sevrage (apparition de symptômes de manque en cas de manque).

L'addition de toutes ces composantes nous renvoie directement à l'assuétude ; qui définit l'asservissement physique et psychique à l'égard d'une substance avec tolérance accrue à des doses élevées et apparition d'un syndrome de sevrage biologique lors de l'arrêt ou de la diminution. Le terme d'addiction et de « pratiques addictives » s'est progressivement substitué à celui de toxicomanie, terme que les acteurs du monde médical ou scientifique n'utilisent plus. La toxicomanie est rattachée à une représentation sociale négative et stigmatisante qui n'a plus lieu d'être. Si cette terminologie avait un sens dans les années 1970 lorsque les mots « toxicomanie », « drogue » et « héroïne » se confondaient ce n'est plus le cas. Ils ne peuvent représenter les différences connues entre les substances (ou les comportements) ni même le degré de dangerosité en occultant ou sous évaluant la dangerosité des substances psychoactives licites (comme l'alcool, qui entraîne le plus de dommages individuels et sociaux ou le tabac, qui entraîne le plus de mortalité et de morbidité).

L'addiction est d'étymologie latine, *addictus* « adonné à », et exprime une appartenance en termes d'esclavage. Être *addict* remonte à la Rome antique. C'est un concept juridique qui désigne l'opération par laquelle un juge donnait son accord sur la perte de la liberté du corps si la personne n'a pas payé ses dettes. Le corps devenait la « propriété » du créancier. Le corps de l'individu insolvable ne lui appartenait plus et était contraint par la dette. Le terme d'addiction a été utilisé dans ce même contexte juridique jusqu'au Moyen Âge. Au XIV^e siècle le terme addiction apparaît dans la langue de Shakespeare et désigne la relation

contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître. Ce terme va progressivement désigner des passions nourries et moralement répréhensibles. C'est donc l'asservissement passionnel d'un sujet à une substance ou une activité dont il a contracté l'habitude par un usage plus ou moins répété non admis par la morale publique. De nos jours les addictions et troubles de l'usage ont une consistance plus scientifique et plus claire dans la société actuelle. Bien qu'elle soit plus claire son étiologie rallie bon nombre de théories psychodynamiques, parfois conciliables, parfois opposables. Nous ferons l'impasse sur l'érotisation de la pulsion addictive en référence au modèle freudien de l'étayage du sexuel sur la satisfaction du besoin dans laquelle l'addiction est vue comme un auto-érotisme désexualisé rattaché à la nécessaire séduction originaire par la mère. Cette séduction pourrait entraîner une prédisposition à l'addiction par un auto-érotisme pervers à la suite d'une impasse des expériences primaires de satisfaction. Cette impasse déterminerait une réduction du désir au besoin. Bergeret (173), porte son attention en 1981 à la dimension sociale et culturelle de l'addiction chez les adolescents. Il met en perspective l'intrication d'une maladie de la civilisation et de l'estime de soi. Il associe une disposition affective profonde reconnaissable à certains traits de personnalité comme le manque d'élaboration ou la recherche d'une solution magique. Ces traits sont à considérer à la suite de carences affectives où le sujet dépendant est amené à payer par son corps les engagements non tenus et contractés par ailleurs. L'addiction permettrait donc une régulation des pulsions, des éléments dépressifs réactionnels et des carences narcissiques. Bergeret explique que ces tendances sont très marquées chez l'adolescent et les personnalités de type état limite dont il s'est inspiré pour argumenter ses descriptions.

En matière d'addiction, les avancées scientifiques se sont focalisées en premier lieu sur la pharmacodépendance. Son déterminisme neurochimique détacherait l'addiction de l'épistémologie psychanalytique et autres conflits idéologiques. Pourtant les addictions sans substances conduisent à l'idée de l'appétence et de l'accoutumance. Cet état de fait permet d'admettre les critères de compulsion et de dépendance d'un comportement sans pourtant théoriser psychanalytiquement tous les aspects. C'est Goodman en 1990 (174) qui va proposer une définition clinique contemporaine de cette dépendance sur trois critères :

- la répétition compulsive d'une activité,
- sa persistance malgré ses conséquences néfastes,
- l'obsession de celle-ci.

Les addictions montrent l'ancrage somatique du pulsionnel similaire à une force en quête de sens. Une force qui ne peut se constituer que par l'expérience du corps et son rapport aux objets. L'addiction a été définie de la façon suivante par Goodman : « c'est un processus selon lequel un comportement, qui permet à la fois de ressentir un plaisir et soulager une tension interne, est répété malgré les efforts pour en réduire la fréquence, du fait de la perte de contrôle au cours de sa réalisation. Ce comportement est poursuivi en dépit des conséquences négatives. ». Cette définition de l'addiction par Goodman illustre les deux moteurs de l'addiction : le renforcement positif (conséquences positives du comportement de fumer qui entraînent à le renouveler) et le renforcement négatif (soulagement d'une tension négative par le comportement qui amène également à le répéter dans des circonstances similaires).

Bernard Brusset rappelle que « l'addiction est définie par des critères sémiologiques hétérogènes et considérée comme un " processus pluridimensionnel et polyfactoriel ". Le

risque est d'invoquer par le terme d'« addiction » un principe explicatif très général, passe-partout, sans valeur scientifique, suscitant des images sociales du pathologique ayant de fortes implications morales. Le risque est qu'il soit au service des attitudes de rejet et de stigmatisation » (174).

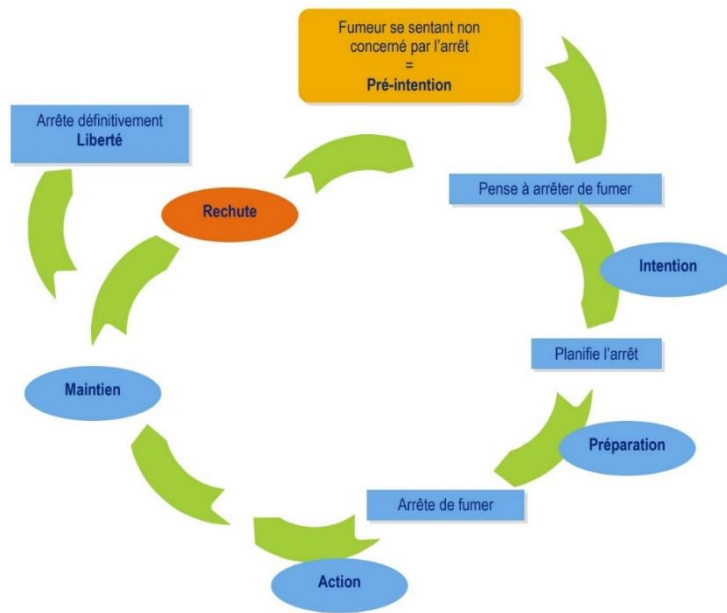
Ce versant transfrontalier de la théorisation de l'addiction soulève également des enjeux institutionnels importants car elle va définir les moyens qui lui seront attribués (centres d'addictologie, financements, etc.). Finalement, toutes les addictions partagent des facteurs de vulnérabilité psychologiques et génétiques, ainsi que des mécanismes cognitifs et comportementaux. Les tentatives de dépasser les clivages entre les points de vue biologique, psychologique, sociologique, et psychanalytique proposent un modèle dit « intégré » à partir des notions de dépendance. La vulnérabilité aux addictions est expliquée par les aléas de l'attachement et de la résilience dans une conception développementale et traumatologique. Les addictions seraient « une nouvelle façon de penser (ou panser selon Ph. Jeammet, 2000) la souffrance psychique » (175).

S'il faut retenir une seule chose des pratiques addictives, c'est qu'elles entretiennent une souffrance, qui est elle-même est possiblement à l'origine de cette dépendance en lien avec tout ce que représente un sujet dans sa complexité.

C'est donc un cercle vicieux. Cet engrenage délétère peut se court-circuiter. Le changement n'est pas un événement brutal. Il suscite une ambivalence normale et se construit par stades. Le modèle transthéorique développé par Prochaska et DiClemente (cf. figure 8) (176) est une théorie de changement comportemental basée sur différentes étapes. Il suppose que les fumeurs passent par une succession d'étapes de motivation avant de d'arrêter de fumer. Pour accompagner un patient dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où il se trouve. À chaque étape correspondent des modes d'intervention adaptés et une façon différentes d'appréhender les soins. De nombreux programmes d'actions sont conçus pour accompagner les personnes à arrêter de fumer d'après cette théorie. Ils sont conçus pour faire progresser d'étape en étape le fumeur vers la réussite de son sevrage tout en respectant son rythme de changement et en accompagnant l'ambivalence.

Les stades de changement décrites par Prochaska et DiClemente sont les suivantes :

- **la pré-intention (pré-contemplation)** : le fumeur n'a aucune pensée de sevrage tabagique. C'est moment où il est intéressant de faire naître le doute ;
- **l'intention (contemplation)** : le fumeur pense à arrêter de fumer, c'est le moment d'explorer l'ambivalence ;
- **la préparation (détermination)** : prise de décision : il planifie l'arrêt de fumer ;
- **l'action** : le fumeur est activement engagé dans le changement, c'est le moment de l'accompagner dans ses étapes du changement ;
- **le maintien (consolidation)** : il a fait des changements, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant en cas de rechute. C'est le moment d'identifier et d'utiliser les stratégies de prévention de la rechute ;
- **l'arrêt définitif (accomplissement)** : c'est le moment où le fumeur est libre de ses choix et n'est plus dépendant ;
- **la rechute** : le fumeur peut retourner à différents stages du changement en fonction du contexte. L'idéal est de le ramener au stade d'action en évitant la culpabilité.



Source : Service des bonnes pratiques professionnelles, Haute Autorité de Santé, 2014

Figure 8 : Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente (Prochaska et al., 1992)

I.2.4.2. L'addiction au tabac

En dépit des risques liés au tabagisme beaucoup de personnes sont impuissantes pour arrêter cette substance. Le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactive, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne (177). La dépendance au tabac et l'apparition des symptômes de sevrage qui en découlent lors d'une tentative d'arrêt sont responsables d'un maintien du tabagisme et représentent des obstacles majeurs pour cesser de fumer (178).

Le tabac contient de la nicotine, qui possède un effet « stimulant », en augmentant la vigilance et en excitant l'intellect. Elle présente également un versant anxiolytique et anorexigène. Les produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler, etc.) sont composés d'additifs (humectant, goût, saveurs, etc.). La combustion de ces produits crée de nouveaux composants (monoxyde de carbone, goudrons, etc.) nocifs pour la santé. La nicotine a longtemps été considérée comme le seul composé responsable de la dépendance au tabac. En fait, plusieurs observations indiquent que ce n'est pas le cas (138,170,172). Récemment, il a été montré que la fumée du tabac contient des produits qui bloquent la dégradation de neurotransmetteurs comme la dopamine, sérotonine et la noradrénaline. La dépendance au tabac serait due à un effet synergique entre le blocage de la dégradation de ces neurotransmetteurs et l'action de la nicotine qui agit en imitant l'action d'un neurotransmetteur naturel, l'acétylcholine, qui se lie aux récepteurs nicotiques.

La dépendance physique est essentiellement due à la présence de nicotine dans le tabac. Elle se traduit par une sensation de manque. Fumer permet un mode d'administration et de diffusion rapide de la nicotine, car l'entrée dans la circulation sanguine se fait directement par le système veineux pulmonaire. Les formes à mâcher sont également propices à la délivrance rapide de la nicotine par le réseau vasculaire présents dans la cavité buccale. La nicotine atteint le cerveau en moins de 20 seconde. Cet effet « flash » crée une

pharmacocinétique propice aux addictions avec des effets on-off extrêmement rapides qui renforcent les comportements addictologique et la recherche d'effets liés à la substance.

Les troubles liés au manque de nicotine sont les premiers en cause dans les échecs d'arrêt du tabac à court terme. Ils peuvent être améliorés par un traitement de substitution nicotinique. Ce tableau est dirigé par un craving intense au tabac. Le craving peut persister plusieurs mois après un arrêt total du tabac.

La dépendance psychique au tabac est d'une ampleur qui a peu d'équivalent dans le monde des substances psychoactives. Quand nous sommes fumeur, la cigarette est un moyen de se faire plaisir, de gérer son stress ou son anxiété, de surmonter ses émotions, de se stimuler, de se concentrer, etc. Il s'y associe la dépendance environnementale ou comportementale, qui dépend de la pression sociale et conviviale.

A la manière du Pr. Molimard (151), il est intéressant de décomposer le plaisir du tabagisme. Car les effets positifs sont nombreux, et savoir les mettre en exergue permet de mieux les réorienter. Le premier est le plaisir archaïque, c'est-à-dire la récompense du comportement qui comble un déficit dans le corps. Par exemple, lorsque nous avons faim. Ceci rentre directement dans le cadre de la première cigarette du matin. Les réserves sont vides au réveil. C'est donc la récompense de combler un déficit et effacer les signes de sevrage qui va stimuler le plaisir. Ce plaisir rentre frontalement dans la dépendance physique. Le deuxième est le plaisir hédonique, qui est de se faire plaisir pour le plaisir et la recherche de nouveauté. Cela s'épuise avec la répétition à la manière d'une musique trop souvent écoutée. Cela peut être très puissant, mais facilement remplaçable. Et enfin, le troisième, le plaisir-transfert où le plaisir n'est pas lié à la substance mais à une situation précise ou un comportement précis. C'est la cigarette après le café. Le café et le moment de pause restent agréables, mais s'il manque la cigarette, ils ne seront pas pleinement savourés. Ces moments sont difficiles lors du sevrage, mais ils disparaissent rapidement et ne sont pas les principaux facteurs de la rechute.

La dépendance comportementale dépend d'un ensemble défini par la pression sociale et conviviale, les circonstances et les personnes ou les lieux suscitant l'envie de fumer.

Il n'est pas décrit de relation directe entre les troubles liés au sevrage et la dépendance dans l'usage de la plupart des substances psychoactives. Les symptômes de sevrage tabagique ne sont pourtant pas de la même ampleur que ceux du sevrage d'alcool, en cocaïne ou en morphiniques. Pourtant c'est souvent les troubles liés au sevrage du tabac qui vont aggraver le vécu du sevrage et être moins facilement « supportables » par les patients.

C'est cette absence de linéarité entre les effets physiques et les effets psychiques qui est soulignée dans l'ouvrage du Pr. Molimard (151). La « puissance » d'une drogue ne se résume pas seulement dans ses effets pharmacologiques. Le tabac se place très rapidement dans l'assuétude. A la longue, nous fumons pour tarir les symptômes de manque, pour retrouver un fonctionnement « normal » et par comportementalisme. Le tabac permet un fonctionnement en société. Il n'altère pas la conscience et a peu d'effets physiques. Il influence les représentations sociales. Le fumeur n'a pas l'air d'un « drogué ». Pour autant, ce n'est pas une drogue anodine. Elle coûte souvent bien plus que les autres substances aux patients et à la société.

Le modèle actuel de l'addiction au tabac est fondé sur l'autotitration. C'est-à-dire que le fumeur adapte sa manière de fumer à la nicotineémie qu'il recherche. Le fumeur va adapter volontairement ou non sa façon de fumer (inspiration plus intense, fréquence différente entre

les bouffées, inhalation différente, etc.) afin d'avoir un taux de nicotine sensiblement identique qu'à l'accoutumé. Donc bien que la diminution progressive du tabac puisse être une étape utile dans la mise à distance de cette substance elle n'est pas une fin en soi. Ce qui démontre, par ailleurs, le peu d'intérêt des cigarettes dites légères et ou celles avec un pH modifié (supposé modifier l'absorption de la nicotine au niveau des muqueuses).

La dépendance tabagique est désormais considérée comme un phénomène complexe qui fait intervenir dans une même temporalité des facteurs constitutionnels et environnementaux. Définir et nommer une chose c'est lui permettre d'exister. C'est pourquoi la nomination de l'addiction a été récemment redéfinie pour permettre d'en reconnaître certains aspects mis en évidence par les avancées de la science afin d'établir des moyens de les traiter. C'est en ce sens que la dénomination s'est redéfinie pour permettre de découper la clinique puis de mieux la comprendre. De nouveaux niveaux de gravité ont vu le jour dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5) pour mieux évaluer le concept d'addiction en tenant compte de la temporalité mais également pour s'intéresser aux états précoces de l'addiction.

L'OMS individualise de manière non spécifique trois grands types de comportement dans la consommation de substances psychoactives :

- **L'usage simple** : défini comme un mode d'usage qui n'est pas préjudiciable pour la santé. Il est modulable en fonction de l'environnement, des besoins ou envies, des effets, de la disponibilité, etc.
- **L'usage nocif** : défini comme un mode de consommation préjudiciable pour la santé pouvant entraîner des complications physiques ou psychiques.
- **La dépendance (ou addiction)** est définie comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques, qui indiquent que le sujet continue à utiliser la substance en dépit des problèmes significatifs liés à cette consommation.

La dépendance au tabac peut être définie par les critères de la Classification Internationale des Maladies (CIM) et des problèmes de santé connexes de l'OMS (10ème révision : CIM-10) qui sont la référence pour la classification clinique. Mais également par les critères du DSM-5 qui sont plus utilisés pour les études épidémiologiques et les essais thérapeutiques. C'est donc ces derniers que nous allons détailler dans cette étude.

Voici les critères diagnostiques du DSM-5 (179) concernant le **trouble de l'usage du tabac** :

A : « Mode d'usage problématique du tabac conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. Le tabac est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant de diminuer, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage du tabac.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir ou utiliser du tabac.
4. Envie impérieuse (craving), ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser du tabac.

5. Usage répété de tabac conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou au domicile (par exemple, perturbation du travail).
6. Usage continu de tabac malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du tabac (par exemple, conflits avec d'autres au sujet de l'usage du tabac).
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du tabac.
8. Usage répété de tabac dans les situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, fumer au lit).
9. L'usage du tabac est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le tabac.
10. Tolérance définie par l'un des deux symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de tabac pour obtenir l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas de consommation continue de la même quantité de tabac.
11. Sevrage, manifesté par l'un des deux symptômes suivants :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique du tabac (cf. infra : les critères A et B du sevrage du tabac, partie le sevrage du tabac).
 - b. Le tabac (ou une substance très proche, telle que la nicotine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Le DSM-5 parle d'un trouble lié au tabac lors d'un mode d'usage problématique du tabac conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative.

La sévérité peut être :

- . Légère : Présence de 2-3 symptômes.
- . Moyenne : Présence de 4-5 symptômes.
- . Grave : Présence d'au moins 6 symptômes. »

Le mot *addiction* n'est plus utilisé dans le DSM-5 en tant que terme diagnostique. Les auteurs ont jugé qu'il avait une charge sémantique trop forte et qu'il manquait de précision. Le *trouble de l'usage d'une substance* est utilisé pour décrire le large spectre de la prise compulsive de produit, d'une forme légère à un état grave de rechutes chroniques. Les catégories du DSM-IV abus de substance (usage nocif) et dépendance à une substance ont été combinées en une seule catégorie : celle de trouble lié à une substance. Dans le DSM-IV, la distinction entre l'abus de substance et la dépendance à une substance était fondée sur la notion d'abus en tant que phase légère ou précoce et celle de dépendance en tant que manifestation plus sévère. Il est difficile de parler de maladies lors d'un usage nocif étant donné que cet état est réversible, en partie par l'effet de la motivation et de la volonté. Toutefois, en pratique les critères relatifs à l'abus dénotaient parfois une sévérité assez marquée en termes de dommages. C'est le cas de l'alcool, un usage nocif peut entraîner de graves dommages (par exemple, les accidents de la route). Les changements apportés par le DSM-5 tiennent compte de cette réalité clinique. Les complications somatiques, psychiatriques ou juridiques

induites en cas d'usage nocif légitiment le fait de parler de « trouble liés à la consommation de ... » (*substance use disorders* en anglais) pour donner les moyens d'envisager une réponse sanitaire satisfaisante.

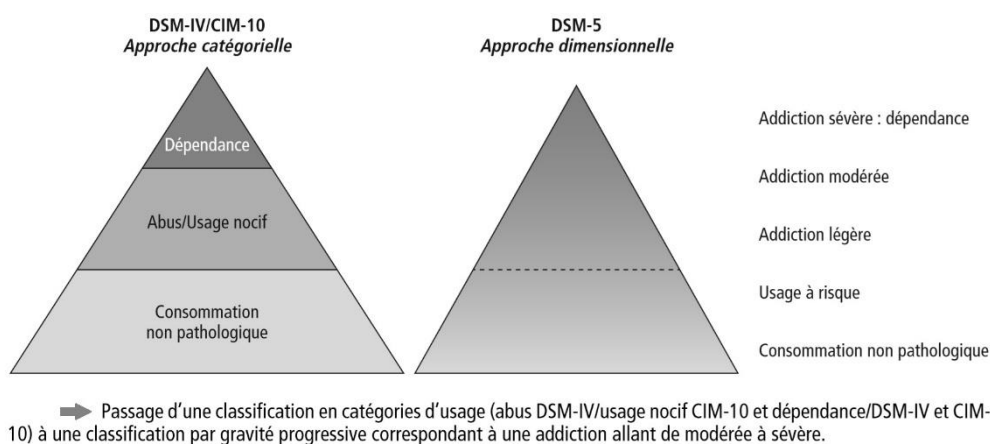
La transition de l'usage d'une substance à l'addiction requière plusieurs étapes. La première est celle de l'activité « récréative ». C'est une phase de consommation non pathologique d'un usage simple et sporadique. C'est une expérience contrôlée qui occupe un faible champ du répertoire comportemental de l'individu. Bien que non pathologique cet usage se veut à risque. Puis il se peut que l'usage devienne plus intensif et nocif. La fréquence des consommations et la quantité consommée vont augmenter significativement. L'addiction est légère ou modérée mais le fonctionnement global de l'individu est préservé en société. Les problèmes liés à l'usage ne suscitent majoritairement pas une volonté d'abstinence. A ce moment-là, tous les individus n'évoluent pas vers une dépendance. L'évolution défavorable sera plus probable chez les sujets avec des facteurs de risques importants (cf. infra). A l'inverse elle sera moins probable chez les sujets avec des facteurs de vulnérabilité individuels peu nombreux même si les facteurs de risque environnementaux sont importants. Enfin, la dernière étape de l'addiction est la dépendance qui signe un état pathologique grave. Cette addiction sévère envahit tout l'espace de vie du sujet. Il n'y a plus de contrôle de la consommation et le répertoire comportemental s'axe autour du produit et s'associe à des modifications cérébrales fonctionnelles et structurelles de plusieurs neurocircuits. Les capacités motivationnelles et cognitives décroissent progressivement en même temps de la dégradation de la vie sociale du sujet. Les émotions se modifient, les sensations deviennent prioritaires au même titre que le besoin qui prend le pas sur le désir. Le sujet est obsédé par son addiction bien que celle-ci dirige sa vie.

Parler d'un trouble sous-entend qu'il y a un problème. Il traduit un comportement délétère sur le plan psychique et physique, alors même que le sujet n'est pas encore dépendant. Cet état doit être considéré comme pathologique en raison de ses risques évolutifs et des dommages potentiels. Ce changement de dénomination et d'approche conceptuelle permet d'instaurer une légitimité médicale à traiter, à se former et à sensibiliser sans le cantonner à des considérations préventives encore imprégnées de jugements moraux. Le déni médical d'un comportement nocif est de ce fait moins aisé, collectivement et individuellement, dans la mesure où cette terminologie implique des données objectives et consensuelles scientifiquement. Finalement l'évolution des concepts permet de modifier les prises en charges addictologiques. C'est en cela que réside l'approche dimensionnelle élaborée dans le DSM-5 (cf. figure 9). Cette approche dimensionnelle autorise l'utilité d'interventions et programmes de soins gradués allant d'une simple intervention brève à la prise en charge médico-psycho sociale et de mieux saisir les vulnérabilités individuelles (180).

La CIM-10 et le DSM-5 proposent des concepts relativement proches au final bien que la CIM-10 et le DSM-IV s'identifient dans une approche catégorielle. Il est probable que la CIM-11 se rapprochera plus du DSM-5 en gardant une distinction avec le terme de dépendance au sein d'une approche dimensionnelle.

Le chapitre du DSM-5 intitulé « Troubles liés à une substance et troubles addictifs » a été augmenté tenant compte des « pratiques addictives ». Ce changement est fondé sur les meilleures connaissances actuelles des addictions sans substances, « sans drogue », qui partagent des mécanismes neurobiologiques et psychologiques similaires que les addictions avec substance. Nous y retrouvons la notion de plaisir, d'évitement de la souffrance, de gestion des sensations et des émotions ainsi que des facteurs de vulnérabilités très proches ou

identiques. Le porte étendard des « troubles non liés à une substance » est le jeu d'argent pathologique (trouble lié au jeu d'argent), première pratique addictive intégrée dans le DSM.



Source : Traité d'addictologie, 2e édition, 2016

Figure 9 : Classification catégorielle et dimensionnelle d'une addiction (CIM-10 et DSM-5)

I.2.4.3. Impact du tabagisme sur la santé

Selon l'OMS un cancer sur trois est dû au tabagisme. Le plus connu est le cancer du poumon, dont 90 % des cas sont liés au tabagisme actif et 5 % au tabagisme passif. Mais d'autres cancers sont également causés par le tabac. Le cancer de l'œsophage est plus fréquent en cas d'association du tabac et de l'alcool.

Une relation de causalité significative entre le tabagisme et le cancer a été mise en évidence pour les localisations suivantes (cf. tableau 4) (181) :

Tableau 4 : Risque relatif de cancer lié au tabagisme chronique en fonction de la localisation, d'après Gandini et al., 2008

Localisation du cancer	Risque relatif*	Intervalle de confiance à 95 %
Poumon	8,96 [†]	6,73-12,1
Larynx	6,98	3,14-15,5
Pharynx	6,76	2,86-16,0
Tractus digestif supérieur	3,57	2,63-4,84
Cavité orale	3,43	2,37-4,94
Voies basses urinaires	2,77	2,17-3,54
Nez-sinus	1,95	1,31-2,91
Col de l'utérus	1,83	1,51-2,21
Pancréas	1,70	1,51-1,91
Foie	1,56	1,29-1,87

(*) = Risque relatif « poolé » sur l'ensemble des données concernant les fumeurs actuels, quel que soit le niveau de tabagisme
 (†) = La variation du risque relatif en fonction de la quantité de cigarettes fumées n'a été calculée que pour le cancer du poumon : le RR augmentant avec la consommation tabagique

Source : Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac : HAS, 2015

En 2014, l'institut national du cancer dans son plan cancer 2014-2019 donne les pourcentages de participation du tabac suivants : 90 % des cancers du poumon, 50 % des cancers des voies aérodigestives supérieures, 40 % des cancers de la vessie et 30 % des cancers du pancréas. L'excès de risque encouru dépend à la fois de sa consommation moyenne journalière (dose de tabac) et de la durée d'exposition (ancienneté du tabagisme).

Le tabagisme peut également être à l'origine de maladies cardio-vasculaires, il en est même le premier facteur de risque évitable (182). Fumer est un des principaux facteurs de risque d'infarctus du myocarde (il multiplie par trois le risque). Le tabac intervient dans 90% des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs. Le risque d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), d'anévrismes, d'hypertension artérielle et de troubles de l'érection est multiplié entre deux et neuf selon les données de la littérature ou de la pathologie. La toxicité cardiovasculaire du tabagisme chronique est présente pour des niveaux de consommation faibles, sans relation dose-effet et sans seuil de consommation dénué de risque. La consommation de tabac augmente la sévérité de l'acné, accélère le vieillissement cutané et augmente la durée moyenne des séjours hospitaliers chez les fumeurs. Le tabac est également un facteur favorisant l'ostéoporose.

Le tabagisme est aussi un facteur de risque de certaines maladies, comme par exemple la maladie de Crohn. Il augmente le risque de poussées et de récurrences post-chirurgicales de plus de 50 % (183).

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes. Elle est essentiellement due au tabagisme. Environ 15 % des fumeurs auront une BPCO et à partir de vingt paquets-années le risque de développer une BPCO est important (184). Cette maladie évolue vers l'insuffisance respiratoire si l'usage du tabac n'est pas stoppé et multiplie par deux le risque de cancer pulmonaire. L'étude Interstroke publiée en 2010 a établie à 19 % la part attribuable au tabagisme dans la survenue d'un AVC. L'emphysème (dilatation excessive et permanente des alvéoles pulmonaires, avec rupture de leurs cloisons) est aussi une maladie souvent liée au tabagisme.

De multiples autres pathologies graves sont causées ou aggravées par le tabac. Il altère les capacités de cicatrisation en péri-opératoire et favorise les complications infectieuses. Il majore les risques de la maladie parodontale. Il diminue considérablement la fertilité chez l'homme et la femme. Fumer durant la grossesse comporte, là aussi, de multiples risques pour la mère et pour le développement du fœtus (cf. figure 10).

Chez la femme enceinte, il augmente le risque de grossesse extra-utérine (risque multiplié par 1,7), d'hématome retro-placentaire (risque multiplié par 2), de placenta prævia (risque multiplié par 1,5) de rupture prématurée des membranes (risque multiplié par 1,8).

- ▶ **Chez le fœtus**, il augmente le risque de mort fœtale in utero, de prématurité, de retard de croissance intra utérin ou d'hypotrophie.
- ▶ **Chez le nourrisson ayant été exposé in-utero**, il augmente le risque de mort subite du nourrisson ; de détresse respiratoire, de pneumopathie, d'asthme ;
- ▶ **Chez l'adulte ayant été exposé in-utero**, il augmente le risque de dépendance à la nicotine à l'adolescence et à l'âge adulte, il serait responsable d'une altération de la fécondité des garçons et des filles.

Source : Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac : HAS, 2015

Figure 10 : Complications somatiques liées au tabac chez la femme enceinte et le fœtus

L'arrêt du tabac est difficile mais quelle que soit la quantité de tabac consommée et aussi longtemps que nous ayons fumé, il n'est jamais trop tard pour arrêter et les bénéfices de l'arrêt du tabac interviennent presque immédiatement. L'espérance de vie redevient identique à celle des personnes n'ayant jamais fumé après 10 ans d'abstinence. Plus l'arrêt est précoce, plus les bénéfices sont récompensés par l'organisme au niveau de l'espérance de vie en plus des bénéfices cités juste en dessous (cf. figure 11).

20 minutes après la dernière cigarette
La pression sanguine et les pulsations du cœur redeviennent normales.
8 heures après la dernière cigarette
La quantité de monoxyde de carbone dans le sang diminue de moitié. L'oxygénation des cellules redevient normale.
24 heures après la dernière cigarette
Le risque d'infarctus du myocarde diminue déjà. Les poumons commencent à éliminer le mucus et les résidus de fumée. Le corps ne contient plus de nicotine.
48 heures après la dernière cigarette
Le goût et l'odorat s'améliorent. Les terminaisons nerveuses gustatives commencent à repousser.
72 heures après la dernière cigarette
Respirer devient plus facile. Les bronches commencent à se relâcher et on se sent plus énergique.
2 semaines à 3 mois après la dernière cigarette
La toux et la fatigue diminuent. On récupère du souffle. On marche plus facilement.
1 à 9 mois après la dernière cigarette
Les cils bronchiques repoussent. On est de moins en moins essoufflé.
1 an après la dernière cigarette
Le risque d'infarctus du myocarde diminue de moitié. Le risque d'accident vasculaire cérébral rejoint celui d'un non-fumeur.
5 ans après la dernière cigarette
Le risque de cancer du poumon diminue presque de moitié.
10 à 15 ans après la dernière cigarette
L'espérance de vie redevient identique à celle des personnes n'ayant jamais fumé.

Source : tabac-info-service.fr

Figure 11 : Bénéfices somatiques de l'arrêt du tabac

Arrêter à 40 ans allonge l'espérance de vie de 9 ans en moyenne, arrêter à 50 ans l'améliore de 6 ans et arrêter à 60 ans l'allonge de 3 ans en plus des bénéfices cités juste avant.

Concernant le tabagisme passif, il n'y a pas de seuil au-dessous duquel il est sans danger (185). Le tabagisme passif entraîne de graves maladies cardiovasculaires dont des cardiopathies coronariennes (risque multiplié par 1,3). Il entraîne également des risques respiratoires et de cancer du poumon (risque multiplié aussi par 1,3). Il est également une cause de mort subite du nourrisson et d'insuffisance pondérale à la naissance. Le tabagisme passif présente donc des risques pour l'enfant à naître mais il comporte également de multiples risques pour la grossesse en elle-même. C'est pourquoi la lutte antitabac concerne l'ensemble des personnes et les bénéfices d'un sevrage ne se limitent pas au consommateur. A noter que l'allaitement semblerait réduire les risques du tabagisme passif chez les nourrissons.

I.2.4.4. Facteurs de risque de tabagisme

Les pratiques d'addictives font intervenir trois types de facteurs interagissant entre eux : les facteurs individuels de vulnérabilité, les facteurs environnementaux et les facteurs liés aux produits (ou la conduite d'addictive). Ces facteurs sont multiples et interdépendants.

Nous les aborderons progressivement en mettant en avant quelques spécificités concernant le tabagisme. L'ensemble de ces facteurs et des notions qui vont suivre peuvent s'appliquer à la majorité des pratiques addictives et ne se limitent pas au tabac.

Certains facteurs de risque ont solidement montré leur implication dans la prévalence tabagique depuis plusieurs années alors que d'autres facteurs de risque sont plus nuancés à l'heure actuelle. Il est essentiel de garder à l'esprit que même les facteurs de risque avec une relation statistiquement significative ne sont que des facteurs de risque, ils ne signent pas une causalité directe certaine. Par ailleurs, ils sont interprétables selon différentes perspectives en fonction que nous donnons plus d'importance aux dimensions humaines, sociales, individuelles ou collectives. Il est compliqué de tous les intégrer dans une démarche de soins à un instant précis pour un patient donné, mais ils se doivent d'être connus. Ils peuvent être des indicateurs de gravité lorsqu'une consommation nocive est présente. Ces facteurs constituent également un élément diagnostique et pronostique en pratique clinique. Ces facteurs, associées à un produit peuvent faire tirer la sonnette d'alarme pour prévenir un usage nocif qui risque d'évoluer en dépendance. Les interactions des facteurs à l'origine de l'addiction sont décrites par Michel Reynaud avec la formule : Produit (P) x Environnement (E) x Individu (I). Cette dernière montre bien la puissance de chaque facteur qui ne s'ajoute pas aux autres mais multiplie les risques.

I.2.4.4.1. Facteurs de risque liés aux produits

Les substances psychoactives sont généralement classées selon leur capacité à provoquer des atteintes somatiques, des modifications psychiques et leur potentiel addictif. Les atteintes somatiques sont la résultante de la toxicité du produit sur le corps. Les modifications psychiques sont variables et peuvent être des modifications de perceptions, de motivation, de cognition ou tout autre domaine lié à la psyché. Le potentiel addictif est de reflet de l'impact d'une substance sur les modifications neurobiologiques du système de récompense. Il est également lié à la pharmacocinétique du produit.

Ces trois axes de dangerosité pharmacologique vont donc induire trois types de complications (180) :

- les complications somatiques,
- les complications psychopathologiques,
- et la dépendance.

A titre de comparaison entre l'héroïne et le tabac, les deux ont un potentiel addictif majeur mais le tabac a un potentiel de complications somatiques bien plus grand que l'héroïne et l'héroïne a un plus important potentiel de complications psychopathologiques.

I.2.4.4.2. Facteurs de risque environnementaux

Facteurs socioculturels

Plus un produit ou un comportement qui est à risque de développer une dépendance va être disponible (par exemple, l'alcool en France) et plus l'individu vulnérable aura un risque

de s'y engouffrer. Le facteur culturel est primordial car le mode de consommation et sa remise en question vont en être directement impactés (interdits religieux, traditions...). Les réactions sociales sur la conduite addictive menée par un individu va conditionner en partie son inscription dans la durée ou bien ses tentatives d'arrêt. Elles permettent également que l'individu s'identifie au sein d'un groupe. Cette notion de représentation en société et d'identification est majeure chez les jeunes pour le tabagisme. La pression des pairs (amis, copains) est un facteur d'abus de substance mais également d'abstinence. C'est un élément qu'en tant que praticien nous nous devons d'intégrer. Car si nous ne tenons pas compte de la dimension culturelle des usages de substances psychoactives nous nous heurtons à des résistances et une incompréhension des patients.

Environnement familial

Pour les deux sexes, les personnes qui vivent en couple déclarent moins souvent fumer que les célibataires d'après les Baromètres santé de l'INPES. En outre, une fois contrôlé l'effet des autres variables et de l'âge, il apparaît que les personnes divorcées, séparées ou veuves sont les plus enclines à fumer. La présence d'enfants dans un foyer n'apparaît pas comme associée à un moindre tabagisme. Ce serait même l'inverse pour les hommes. A noter qu'une tendance se confirme au fil des ans concernant les enfants : plus ils sont jeunes et plus le tabac est rejeté de la maison par le fumeur ainsi que par son entourage (164). Les facteurs familiaux vont donc moduler les habitudes de consommation, les éventuels conflits, la gestion des périodes de vie difficiles en lien avec l'addiction ainsi que les étapes motivationnelles du changement selon le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente.

Facteurs professionnels

Comme nous l'avons vu, le chômage et le fait d'être un homme sont des facteurs de risques majeurs de tabagisme. Bien entendu, les femmes en situations de précarité sont également à risque (notamment chez les 20-44 ans). Sans oublier qu'au-delà du chômage c'est tout le gradient socio-économique qui va pondérer la prévalence tabagique. En effet, une situation professionnelle confortable avec une représentation sociale meilleure entraîne moins de facteurs de risques de tabagisme. Ces risques sont donc également liés au niveau d'étude (cf. figure 12). Il est aisé de faire l'hypothèse qu'une éducation plus favorable et plus stable, un meilleur emploi, un meilleur accès aux soins et de meilleures capacités cognitives permettent de limiter la prévalence du tabagisme.

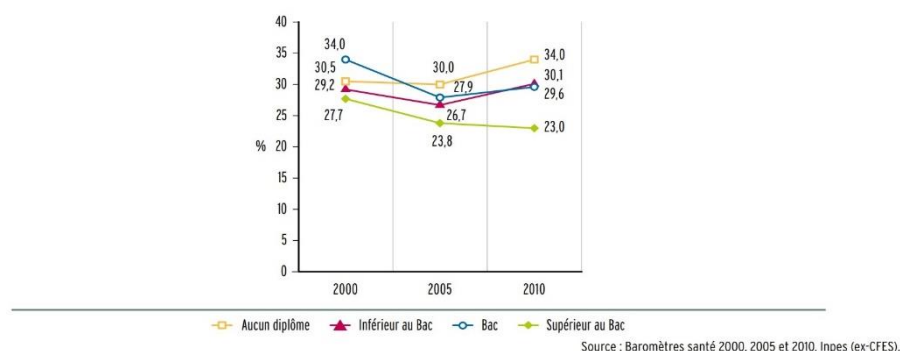
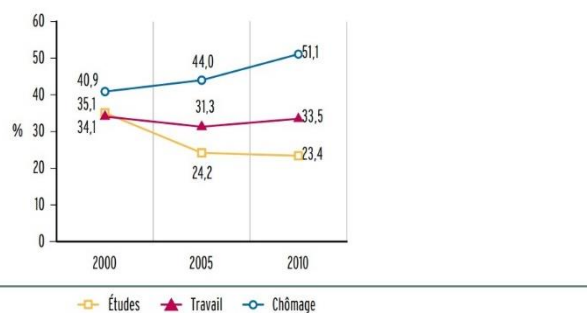


Figure 12 : Prévalence du tabagisme régulier parmi les 15-75 ans selon le niveau de diplôme (en %)

Le Baromètre de l'INPES de 2010 (186) montre parfaitement l'intrication de tout ce système avec l'évaluation de la prévalence tabagique chez les chômeurs. Ainsi, pour une classe sociale plus à risque, se rajoute des risques supplémentaires en fonction du niveau d'étude. Par exemple, si nous citons leurs chiffres nous voyons que « 61,5 % des chômeurs sans diplôme sont des fumeurs réguliers, contre 53,2 % des chômeurs dont le diplôme est inférieur au bac, 45,1 % des chômeurs qui ont le bac et 33,6 % de ceux dont le diplôme le plus élevé est supérieur au bac. ». Ce dégradé est également objectivable dans les professions, à titre d'exemple l'INPES précise que 48.8% des employés sont des fumeurs réguliers contre 30.9% des cadres et professions dites « intellectuelles supérieures ». Cet aspect socio-professionnel lié à l'activité influence la prévalence du tabagisme (cf. figure 13) :



Source : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, Inpes (ex-CFES).

Figure 13 : Prévalence du tabagisme régulier parmi les 15-64 ans selon le statut d'activité (en %)

A noter que malgré une prévalence plus faible de fumeurs réguliers, les fumeurs occasionnels sont plus importants chez les étudiants ou jeunes scolarisés. Nous remarquons également que l'écart entre les chômeurs et les personnes qui travaillent s'est progressivement aggravé jusqu'en 2010 et que cet écart s'est creusé en 2014 (cf. supra).

Les facteurs sociodémographiques sont également associés aux signes de dépendance forte à la nicotine. Les facteurs qui ont été mis en évidence restent vrai après ajustement sur le sexe, l'âge et chacune des variables analysées. Parmi les facteurs de risque de dépendance forte à la nicotine nous pouvons citer (cf. tableau 5) :

- Les hommes ;
- La classe d'âge des 45-54 ans ;
- Les classes sociales les moins favorisées non diplômés ou ayant un diplôme inférieur au bac ;
- Les classes dont le revenu est situé dans le premier tercile de revenu par unité de consommation (UC) ;
- Les ouvriers et les chômeurs.

La dépendance a été évaluée avec le Mini-Fagerström qui permet de mesurer la dépendance au tabac grâce au nombre de cigarettes fumées quotidiennement et du délai entre le réveil et la première cigarette. C'est une version simplifiée du test de Fagerström.

Tableau 5 : Facteurs sociodémographiques associés aux signes de dépendance forte d'après le mini-Fagerström, parmi les fumeurs réguliers de 15 à 18 ans (N = 7087)

	n	%	OR	IC à 95 %
Sexe **				
Hommes (réf.)	3574	19,1	1	
Femmes	3561	16,1	0,8**	[0,7 ; 0,9]
Âge ***				
15-25 ans (réf.)	1252	14,2	1	
26-34 ans	1518	15,3	1,3	[1,0 ; 1,6]
35-44 ans	1782	20,3	1,8***	[1,4 ; 2,2]
45-54 ans	1388	22,1	2,0***	[1,6 ; 2,5]
55-64 ans	880	19,3	1,6***	[1,3 ; 2,1]
65-85 ans	315	8,5	0,8	[0,5 ; 1,2]
Diplôme le plus élevé ***				
Aucun diplôme (réf.)	767	23,2	1	
Inférieur au bac	3118	21,1	0,9	[0,8 ; 1,2]
Bac	1401	11,0	0,6***	[0,5 ; 0,8]
Supérieur au bac	1849	9,6	0,6***	[0,4 ; 0,7]
Revenu mensuel par UC ***				
Moins de 1100 euros (réf.)	2387	22,3	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	2638	15,5	0,8***	[0,6 ; 0,9]
1800 euros et plus	1717	13,7	0,8*	[0,7 ; 1,0]
Manquant	393	13,8	0,7*	[0,5 ; 1,0]
Situation professionnelle ***				
Travail (réf.)	4603	16,4	1	
Chômage	852	23,1	1,5***	[1,2 ; 1,8]
Inactivité	1676	18,0	1,4***	[1,2 ; 1,7]
PCS individu ou chef de famille ***				
Agriculteurs exploitants	70	13,3	0,7	[0,4 ; 1,4]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	417	21,0	1,0	[0,8 ; 1,3]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1003	9,3	0,6***	[0,4 ; 0,7]
Professions intermédiaires	1735	14,0	0,7***	[0,6 ; 0,8]
Employés	2034	16,7	0,7***	[0,6 ; 0,9]
Ouvriers (réf.)	1830	23,2	1	

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Concernant les facteurs de risque de dépendance il existe plusieurs modèles, qui sont non exclusifs les uns des autres, et peuvent expliquer les raisons d'un moindre tabagisme chez les diplômés. Ces derniers assimileraient « mieux » l'information préventive, ils auraient des projections dans l'avenir pouvant mettre en perspective l'instant présent, ils auraient une meilleure « autodiscipline » personnelle et auraient un système éducatif plus structuré associé à un meilleur accès aux soins. Se rajoute une moindre exclusion sociale et une capacité d'accès à d'autres « plaisirs » que la cigarette (sport en club, cinéma, etc.).

Qui dit diplômés, dit scolarité. Les milieux défavorisés sont sujets à la déscolarisation. Les jeunes déscolarisés fument davantage. L'anxiété liée à cette situation peut majorer la prise de tabac. De plus l'arrivée du tabac peut symboliquement représenter l'indépendance et la fuite d'une situation de précarité tout en marquant le passage à l'âge adulte. Cet ensemble peut être également l'expression d'un rejet des normes dominantes qui valorisent l'école et condamnent le tabagisme.

Nous avons vu dans la partie des données épidémiologiques qu'en France que la prévalence du tabagisme quotidien a diminué en 2017 chez les personnes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat, les étudiants, les personnes au chômage et parmi les personnes dont le revenu se situait dans la tranche la plus basse par unité de consommation. Après une aggravation progressive jusqu'en 2014, l'état a mis en place des mesures plus accés sur les populations souffrants de précarité. Ces chiffres très récents sont cependant pas encore disponibles dans le détail comme dans les précédents Baromètres santé. Dans tous les cas, malgré cette diminution encourageante, les inégalités sociodémographiques restent majeures. Elles sont donc un facteur de risque environnemental essentiel à prendre à compte.

I.2.4.4.3. Facteurs individuels de vulnérabilité

L'histoire de vie

Pour les facteurs événementiels, les violences sexuelles subies au cours de sa vie ainsi que tout autre type de violences subies dans l'année qui précède sont significativement associées au tabagisme régulier (y compris après ajustement des caractéristiques sociodémographiques) que ce soit chez les femmes ou les hommes (cf. tableau 6). Tout comme un état de détresse psychologique qui influence péjorativement la prévalence au tabagisme. Cet état de détresse a été évalué par le MH-5 (score de santé mentale traduit du Mental Health Index qui appartient au Medical Outcome Study Short Form 36 item health survey (MOS SF-36), questionnaire de qualité de vie validé en Français.

Tableau 6 : Facteurs d'événements de vie ou de détresse psychologique associés au tabagisme régulier chez les 15-75 ans, dans l'ensemble et par sexe

	Ensemble (n = 25872)				Hommes (n = 11607)				Femmes (n = 14265)			
	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %
Violences subies dans les 12 mois hors violences sexuelles	***				***				***			
Non (réf.)	19857	26,9	1		8857	30,7	1		11000	23,4	1	
Oui	6058	36,6	1,2***	[1,2; 1,3]	2770	38,1	1,2**	[1,1; 1,3]	3288	35,2	1,3***	[1,2; 1,4]
Violences sexuelles au cours de la vie	***				***				***			
Non (réf.)	23513	28,2	1		11138	31,9	1		12375	24,3	1	
Oui	2386	40,3	1,6***	[1,5; 1,8]	481	45,4	1,7***	[1,4; 2,1]	1905	38,8	1,6***	[1,4; 1,8]
Score MH5 < 56	***				***				***			
Pas de détresse psychologique (réf.)	21622	27,8	1		10377	31,1	1		11245	24,1	1	
Détresse psychologique	4305	36,1	1,3***	[1,2; 1,4]	1257	42,8	1,4***	[1,2; 1,5]	3048	32,9	1,3***	[1,2; 1,5]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Modèles logistiques ajustés sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, le niveau de revenu par UC et la situation professionnelle.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes

Les événements de vie sont en lien avec l'environnement et la vulnérabilité psychique. Les événements traumatisants sont un facteur de vulnérabilité qui amène à développer un usage nocif d'une substance et entrer dans une dépendance. Les traumatismes dans l'histoire de vie, notamment répétés, participent à l'organisation de la personnalité et donc possiblement à un fonctionnement pathologique pouvant majorer les troubles de l'attachement et influencer négativement l'environnement. Un désordre autoentretenu qui s'observe également au niveau neurobiologique comme avec la dysrégulation de l'axe corticotrope lors de traumatismes qui va fragiliser l'individu dans les pathologies addictives mais également dans les dimensions de la personnalité et les troubles psychiatriques (cf. infra). Ce continuum de vulnérabilité est décrit ici dans des parties distinctes pour plus de clarté mais il forme un ensemble, qui bien qu'à risque, peut s'avérer salvateur si nous actionnons les bons leviers de changement.

Les troubles de la personnalité

Il semble que le tempérament puisse intervenir dans un ensemble d'attitudes et de comportements stables dans le temps dont certains ont montré des connections prédictives avec les troubles de l'usage de substance. L'épidémiologie et la clinique ont permis de mettre en évidence des traits de personnalité prédisposant aux addictions comportementales ou aux addictions avec usage de substances. Schématiquement nous distinguons deux modes préférentiels d'entrée dans les pratiques addictives : celui de l'évitement de la souffrance avec

une mise à distance des émotions et celui de la recherche de sensations (187). Il est admis depuis plusieurs années que les troubles de personnalité antisociale et borderline ont des éléments psychopathologiques sous-jacents facilitant l'usage nocif de substances et de conduites pathologiques.

Le groupe de traits de personnalité cherchant l'aspect « apaisant » des produits ou des comportements pour éviter, ou diminuer, une souffrance est composé principalement de personnes avec des réactions émotionnelles excessives, avec une faible estime de soi, des difficultés de gestion des relations et un retour lent à l'équilibre après un stress. Le groupe de traits de personnalité avec une forte recherche de sensations ont une sensibilité particulière aux effets « plaisirs ». Cette caractéristique venant renforcer les comportements addictologiques est composé principalement de personnes avec un niveau élevé de recherche de sensations ou de nouveautés, un niveau élevé d'activités comportementales avec de faibles capacités attentionnelles et de personnes un faible niveau d'évitement du danger.

Les modalités d'attachement non sécurisantes sont également très étudiées dans les troubles de l'usage de substance. Les patients souffrants d'addiction présentent pour les deux tiers des carences ou des troubles de l'attachement (188). Les liens sont très forts entre les troubles de l'attachement et troubles de la personnalité qui sont en rapport avec les événements de vie (par exemple, les carences affectives ou les traumatismes). Ces liens sont également en rapport avec les modifications neurobiologiques qui conditionnent la vulnérabilité à développer une dépendance et une comorbidité, qui eux-mêmes vont entretenir cette psychopathologie.

L'exploration des troubles de la personnalité permet de mieux anticiper les passages dans la dépendance et de mieux prévenir les dommages potentiels tout en ciblant de manière plus efficace les modalités d'accès aux soins. De nombreuses études sont en cours dans cette optique d'amélioration des prises en charges. Les résultats sont tout aussi variables que les modèles de personnalités utilisés ainsi que de la méthodologie adoptée pour les évaluer. Le modèle de Cloninger semble avoir une certaine consistance au regard de la littérature dans l'intrication du trouble de l'usage du tabac et dimensions de la personnalité.

Une étude de 2004 a analysée la corrélation entre le tabagisme et les traits de la personnalité selon le modèle des « Big Five » de Costa et McCrae (1992). Il en ressort un lien entre un niveau élevé d'ouverture et la motivation à arrêter ou à faire des tentatives d'arrêt. La curiosité intellectuelle et la tendance à être imaginatif ou créatif va orienter vers des tentatives d'arrêt du tabac (189).

Une méta-analyse portant sur 25 études conclut à une différence significative entre les fumeurs et les non-fumeurs selon deux dimensions de la personnalité du modèle d'Eysenck (1991), l'extraversion et le névrosisme. Ils s'avèrent plus importants chez les fumeurs (190). L'interprétation des résultats reste complexe étant donné qu'il est ardu de donner un sens de causalité dans l'association entre ces traits de personnalité et le tabagisme. De ce fait, l'extraversion et le névrosisme pourraient être interprétés différemment en fonction du sens que nous leur donnons par rapport au tabac.

Selon la théorie tridimensionnelle de la personnalité de Cloninger, des facteurs tels que la dépendance à la récompense, l'évitement du danger et la recherche de nouveauté semblent jouer un rôle important dans le risque de troubles de l'usage de substances et leurs rechutes. Une étude longitudinale faite sur 14 ans auprès de 1800 enfants de parents ayant une consommation d'alcool et de tabac avérée a montré une association entre ce cadre familial

particulier chez des enfants sains et la recherche de la nouveauté (RN) (191). Cette étude n'aide pas particulièrement dans la prise en charge du sevrage tabagique sur le travail que nous menons ici, tant les connexions potentielles pouvant expliquer ces résultats sont vastes dans cet ensemble dynamique. Ces données ont principalement mis en évidence la pertinence des traits de personnalité dans l'histoire de chacun et les conséquences des événements de vie. L'intégration des traits de personnalités paraît essentielle dans les soins. D'autres auteurs ont recherché les liens étroits qu'il peut avoir avec le modèle de Cloninger et le tabagisme. Encore une fois, la RN était significativement plus présente chez les fumeurs. Il semblerait également que la RN était plus élevée chez les fumeurs que chez les ex-fumeurs ou les non-fumeurs tout comme l'évitement du danger (192,193). D'autres études sur le modèle de Cloninger vont également dans le sens de la théorie tridimensionnelle. Des fumeurs ayant une dépendance forte au tabac ont été soumis à trois signaux différents ; un de fumer, un neutre et un de stress, avec une évaluation du craving juste après avoir reçu le signal. De manière concomitante ils ont passé le TPQ (Tridimensional Personality Questionnaire). Les fumeurs ayant une dépendance à la récompense plus élevée ont également un craving significativement plus important lors d'un signal de fumer ou de stress. Ainsi nous constatons qu'en fonction des dispositions de tempérament sous-jacent, le désir et le stress vont influencer le tabagisme (194).

Une étude de 2007 (195), portant sur 203 sujets, a examiné les associations entre les dimensions de la personnalité par le Temperament and Character Inventory-125 (TCI-125) et les effets de l'abstinence du tabac. Les fumeurs qui avaient une RN supérieure ou un évitement du danger supérieur ont signalé un syndrome de sevrage tabagique plus intense et un craving plus important, et ce, quel que soit leurs scores au test de Fagerström. Dans cette étude la dépendance à la récompense n'a pas entraînée de syndrome de sevrage significativement plus marqué. Les auteurs concluent en évoquant l'utilité de cibler le sevrage tabagique plus précisément en fonction des traits de personnalité des patients afin d'améliorer la qualité du sevrage et prévenir les rechutes.

L'âge de début des consommations

L'âge de début des consommations de tabac augmente au fil des générations. Nous parlerons principalement du XXI^e siècle étant donné que les Baromètres santé ont débutés en 1992 et que les relevés épidémiologiques qui ont été faits avant cette période ont des référentiels peu comparables (temps de guerres, monopole du tabac détenu par l'État...). Selon les chiffres de l'analyse des Baromètres santé successifs de l'INPES on peut voir que « l'âge d'initiation au tabagisme est de 16,4 ans sur la période 2005-2010, alors qu'il est de 16,0 ans sur la période 2000-2005 et de 15,6 ans sur la période 1995-2000. Ainsi, la part d'expérimentations précoces (avant 14 ans) est en baisse, passant de 21,4 % entre 1995 et 2000 à 20,0 % entre 2000 et 2005 et à seulement 12,5 % entre 2005 et 2010. ». Cette tendance semble se poursuivre sur 2014 bien qu'elle soit moins franche. Nous constatons donc une expérimentation et une dépendance plus tardive de manière générale. L'obligation d'une sensibilisation sur le tabac dans les classes de l'enseignement primaire et secondaire depuis 2003 est un facteur possible de ce recul. Cette notion d'âge de début des consommations est primordiale. Comme le souligne la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2014, les personnes qui commencent à fumer à l'adolescence ont un risque supérieur de devenir dépendant par rapport à un début plus tardif des consommations. Le tabagisme en début d'adolescence est un facteur prédictif de dépendance au tabac à l'âge adulte et d'une dépendance élevée.

Nous avons vu que le tabagisme chez les jeunes est influencé par les représentations identitaires et sociales. De plus le tabac est largement toléré en groupe par rapport à d'autres substances comme l'héroïne par exemple. Cette double vulnérabilité entre les facteurs sociaux et l'effet des psychotropes plus nocif chez les sujets en développement est également un facteur de risque de développer d'autres dépendances (alcool, cannabis, etc.). La précocité de l'usage d'une substance psychoactive comme le tabac traduit généralement une vulnérabilité génétique et environnementale. Le cerveau en développement va être altéré, y compris dans son système dopaminergique. Ces altérations vont donner lieu à une mauvaise maturation des capacités de gestion des émotions, de gestion du plaisir et favoriser l'impulsivité, la souffrance ainsi qu'un défaut des stratégies de contrôle (196).

Le dépistage des facteurs de risque et des périodes à risque est donc crucial dans la prise en charge addictologique. D'autant plus que les jeunes semblent plus réceptifs aux mesures de lutte antitabac que les adultes et que leur vécu de l'addiction souvent plus compliqué à cause des éléments anxio-dépressif plus intenses que chez l'adulte.

Les troubles psychiatriques

Fumer face au stress est une idée répandue et une idée vraie. Parmi les 26-75 ans, 23,7 % déclarent qu'il leur arrive de fumer en situation de stress (197). Les personnes qui affirment avoir un emploi propice au stress sont plus enclines à fumer pour lutter contre le stress (28,5 %). Il en est de même pour celles affirmant avoir un emploi fatigant physiquement (30,5 %). Au-delà d'avoir une prévalence plus élevée du tabagisme chez les personnes sujettes au stress (personnalité et causes extérieures confondues). Nous pouvons également voir une association avec la quantité consommée quotidiennement de cigarettes. La moyenne est voisine de 18 cigarettes par jour pour ces personnes à risque. La dépendance est également plus importante chez ces sujets anxieux étant donné la quantité plus importante et les temps de latence plus courts entre les cigarettes (et notamment celle du lever).

Globalement, quels que soient le sexe et l'âge, les scores de santé physique et de santé mentale évalués lors des Baromètres santé apparaissent inférieurs pour les fumeurs. A l'inverse, les scores d'anxiété et de dépression sont plus élevés chez les fumeurs. Cet aspect est plus marqué chez les 12-25 ans que chez les 25-75 ans et les écarts observés entre non-fumeurs et fumeurs sont plus faibles pour les hommes que pour les femmes quel que soit la tranche d'âge.

Une étude a examiné l'association entre les symptômes anxio-dépressifs et la consommation quotidienne de cigarettes par les fumeurs par leurs niveaux de dépendance à la nicotine. Les symptômes psychiatriques (somatisation, anxiété, dépression, hostilité) se sont révélés significativement plus fréquents chez les fumeurs actifs avec un score de dépendance au test de Fagerström supérieur ou égal à sept (198). Les patients souffrants de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et de troubles psychotiques présentent un haut niveau de tabagisme. La surreprésentation des fumeurs chez les patients souffrants de troubles psychotique est un facteur de risque d'interactions médicamenteuses, d'apparition de dyskinésies tardives et d'une mortalité plus élevée à la suite de troubles cardio-vasculaires. La prévalence du tabagisme dans la schizophrénie est deux à trois fois plus élevée que la population générale. Cet état de fait s'explique par des théories psycho-sociales mais également par l'amélioration de l'attention, la diminution des symptômes négatifs et la diminution des effets indésirables des antipsychotiques grâce au tabac. A noter que les métabolites du tabac augmentent l'activité du CYP450 (isoforme CYP1A2 principalement) et modifient donc les concentrations disponibles des antipsychotiques chez les patients. Une

modification des posologies sera nécessaire en cas de sevrage tabac si le patient a des antipsychotiques. L'abord de la santé mentale passe également par la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaires, et donc, du tabagisme.

Ainsi nous pourrions dire que le tabac engendre des traits anxio-dépressifs et que les traits anxio-dépressifs appellent le tabac. Le lien entre dépression et tabagisme est bidirectionnel et indépendant d'autres variables (caractéristiques socio-économiques, comorbidités psychiatriques, etc.) (171). Les fumeurs avec des antécédents de dépression sont significativement plus nicotino-dépendants. Cette affirmation est encore plus significative lors de dépressions récurrentes. Les troubles anxieux et état de stress post-traumatique sont aussi plus représentés chez les fumeurs.

De manière générale, les troubles mentaux partagent certains aspects avec les addictions aux différentes substances, notamment leurs facteurs de vulnérabilité psychologiques et génétiques (199). Le taux de tabagisme est le double chez les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques par rapport à celui de la population générale. Ce risque de prévalence élevée de tabagisme est majoré si les troubles psychiatriques sont précoces et dans environ dans les deux tiers des cas les troubles psychiques précèdent l'apparition de troubles de l'usage de substance (200). Le repérage des comorbidités psychiatrique est donc primordial et doit être systématique dans les pratiques addictives, et inversement.

Les co-addictions

La polyconsommation de substances psychoactives est un facteur d'aggravation du risque d'intoxication et du risque de dommages. Il existe une corrélation dose-dépendante entre intensité du tabagisme et trouble de l'usage de l'alcool. La prévalence du tabagisme associée au trouble de l'usage de l'alcool est encore plus forte qu'avec les troubles psychotiques. Sa prévalence oscille entre 60% et 80% selon les études. Contrairement aux idées reçues un sevrage des deux substances en vue d'une abstinence est souvent souhaité par les patients. De plus ce sevrage total donne des taux de réussite plus importants (171). Cette notion se vérifie pour toutes les autres substances psychoactives excepté le cannabis. La consommation de cannabis est plus représentée chez les fumeurs et cette co-addiction complique fréquemment le vécu du sevrage en tabac et favorise les rechutes.

La génétique

La variance interindividuelle des addictions aux différentes substances s'expliquerait à moitié par le poids des facteurs génétiques (180). Ils interviendraient au côté d'un environnement propice aux expériences d'usages à risque. Par exemple, les conduites d'excès (consommations avec des fréquences et des quantités élevés dans un usage non régulé) condensent la vulnérabilité génétique et les traits de personnalité antisociale. En effet, le trouble de l'usage d'une substance (ou comportement) par la recherche de sensation passe aisément d'un usage à risque, à nocif puis de dépendance chez un individu regroupant cet ensemble de facteurs de risque.

Nous l'avons évoqué lorsque nous parlions de la nicotine. Sa métabolisation varie entre les ethnies et les individus. Bien que de cultures différentes et de localisations différentes, ces individus se distinguent également par un patrimoine génétique différent. L'épigénétique est, à juste titre, au goût du jour en médecine, notamment en psychiatrie. Concernant le tabac, l'étude de la génétique est actuellement prépondérante. L'idée actuelle est d'étudier les facteurs de risques conduisant à la dépendance au tabac et les moyens d'améliorer les sevrages au travers de l'étude génétique de la métabolisation de la nicotine. Depuis 2015, ce

versant de l'addiction au tabac est en plein essor, notamment dans les pays de l'Asie de l'Est. Il a été mis en évidence qu'un métabolisme plus rapide de la nicotine est associé à une consommation accrue de cigarettes et à une dépendance plus intense. Mais également à des taux d'abandon plus faibles du tabac.

Les récepteurs nicotiques neuronaux de l'acétylcholine (nAChR) vont principalement modifier la balance biochimique de la dopamine et de la sérotonine. Ils vont donc influencer les désordres neurobiologiques de l'addiction et des troubles de l'humeur. Certaines variations génétiques vont modifier les nAChR et entraîner une altération des taux de dopamine et de sérotonine dans le système nerveux central. Certaines variations génétiques vont aussi modifier les systèmes de transport et les enzymes qui régulent les neurotransmetteurs. Ces modifications vont être en partie associées à un certain nombre de comportements addictifs et favoriser le passage d'usage nocif à la dépendance (201).

Le rôle des facteurs génétiques dans la prédiction de la réponse à la pharmacologie du sevrage tabagique et du système de neurotransmetteurs à privilégier dans les comportements addictologiques pourraient être le chaînon manquant de la compréhension de la neurobiologie sous-jacente du trouble de l'usage du tabac et des implications clinique directes (202). Des recherches sont donc en cours pour explorer les différents récepteurs nicotiques et mécanismes de neuroadaptation pour mieux cibler les symptômes de sevrage et consolider l'abstinence (203). Cependant aucune recommandation en découle à l'heure actuelle pour le choix des méthodes de délivrance des traitements de sevrage en tabac.

Des études ont également recherché les connections entre le tabagisme, le trouble de l'usage de l'alcool et les facteurs de vulnérabilité génétique pour pouvoir structurer des prises en charges plus efficaces (204). Là encore, les données ne permettent pas encore d'organiser des recommandations.

Tenter de percer certains aspects très précis de notre héritage génétique nous renvoie plus encore à cet immense complexe dynamique multifactoriel qu'est la dépendance au tabac. Les données sont encore trop parcellaires pour avoir une implication clinique en pratique courante ambulatoire.

I.2.5. Traitement du trouble de l'usage du tabac

I.2.5.1. Mesures de santé publique dans la lutte antitabac

I.2.5.1.1. Interventions ciblées sur la population

Une revue Cochrane a émis l'hypothèse en 2009 que l'assistance financière (en donnant de l'argent directement aux patients pour rembourser les traitements) pourrait aider à augmenter le taux d'arrêt. En 2017, une actualisation de la revue Cochrane a montré qu'une couverture financière totale du sevrage tabagique augmentait significativement le nombre de tentatives d'arrêt et qu'il n'y a pas de différence significative entre une couverture financière partielle ou totale sur l'abstinence. Ces deux mesures sont donc significativement plus efficaces que l'absence d'intervention financière sur l'abstinence. Malheureusement, les preuves étaient insuffisantes pour montrer si les interventions financières partielles augmentaient les tentatives d'arrêt par rapport à l'absence d'intervention. Les auteurs décrivent une tendance générale sur le fait qu'une stimulation financière semble augmenter les tentatives d'arrêt et le taux d'arrêt réussis. En dépit de cette tendance, les nombreux biais méthodologiques dans cette revue ne permettent pas d'établir une stratégie précise à l'heure

actuelle à grande échelle. Dans tous les cas les analyses économiques s'orientent sur le fait que le coût pour une nation d'un meilleur accès aux soins semble moins onéreux, même à court terme, que les conséquences d'un tabagisme chronique (205). Ainsi, une aide financière supplémentaire pour les personnes les plus défavorisées pourrait permettre de limiter les inégalités et la prévalence du tabagisme.

Les publicités augmentent significativement les taux de consommation du tabac. Ce fait est d'autant plus marqué aux points de vente (par exemple, les bar-tabac). C'est le lieu privilégié pour diminuer l'attrait publicitaire, notamment pour les adolescents qui cèdent plus facilement à l'appât du marketing (206). Les actions menées pour limiter l'attrait du tabac chez les jeunes ont très certainement contribué à cette nette diminution d'entrée dans le tabagisme où à un passage moins fréquent au tabagisme quotidien chez les adolescents ces dernières années.

La prévalence tabagique affronte le durcissement des mesures de lutte en santé publique contre le tabac. L'image des fumeurs est déjà dépréciée et cette image pourra se dégrader dans les années à venir si nous ne prenons pas la peine d'éviter une frontalité propice à l'auto-exclusion. Le risque est d'augmenter les résistances des fumeurs et de les enclaver dans leur propre rôle sans les accompagner vers un avenir sans tabac. Il sera utile d'éviter que le fumeur n'apparaisse comme un déviant, coupable de coûter cher à la société et d'empoisonner autrui. En somme, les mesures publiques doivent éviter les stigmatisations et cibler d'avantage les actions de préventions afin de limiter au maximum l'accentuation de ces comportements d'exclusion sociale en fonction des populations.

I.2.5.1.2. Augmentation des prix

En 1991, la loi Évin a exclu le tabac de la liste des produits de consommation pris en compte dans le calcul de l'indice des prix. Une augmentation régulière de son prix, susceptible de freiner la consommation, a pu alors être possible. Ces hausses des prix ont été d'intensité variables jusqu'à aujourd'hui. Entre 2002 et 2004 le prix du paquet de tabac 20 cigarettes est passé des 3,60 euros à 5 euros. Depuis dix ans, les hausses sont voisines de 5 à 6% du prix global. Actuellement un paquet de 20 cigarettes tourne autour des huit euros. En 2017, un programme d'augmentation de la fiscalité a été prévu avec l'idée de parvenir à un paquet de cigarette à 10 euros en 2020.

Bien que l'augmentation des taxes soit controversée, partageant de plus en plus les fumeurs et les non-fumeurs, cette technique dissuasive semble efficace (207). Elle complète bien les autres mesures adoptées par les campagnes de préventions associées à un meilleurs accès aux soins.

Cette mesure semble donc efficace, sauf en ce qui concerne son lien avec la précarité. L'augmentation des prix du tabac serait susceptible d'entraîner un accroissement de la différenciation sociale du tabagisme et donc de renforcer une prévalence tabagique déjà plus élevée parmi les catégories les moins favorisées. Les fumeurs les plus précaires semblent avoir plus de difficultés à arrêter de fumer (208). L'augmentation des taxes ne semble donc pas fonctionner sur toute les strates sociales (209). L'équité entre les groupes de revenus n'est pas présente et les moins favorisés subissent plus les aspects négatifs des augmentations de taxes (renforcement négatif, stigmatisation, exclusion...). Cette différenciation sociale pourrait s'expliquer en partie par une moindre sensibilité aux messages préventifs dans ces milieux. Le peu de personnes diplômées, la moindre habilité pour comprendre l'information préventive et à faire des choix optimaux n'incitent pas les patients à se préoccuper de leur santé dans un

contexte de mauvaise situation matérielle. Ces ingrédients viennent s'ajouter à une incapacité à se projeter dans l'avenir. Ces notions ne se limitent pas au tabac mais à l'ensemble des substances psychoactives. C'est un moyen d'appartenir à une réalité « plus douce » au regard d'une situation de pauvreté et d'avoir un dernier plaisir pouvant s'être autorisé face à une réalité bien plus cruelle. L'exclusion ressentie ou réelle conditionne les opinions critiques à l'égard de la lutte antitabac (jugée moralisatrice, privatrice de liberté individuelle et cantonnée à la défense des non-fumeurs) (197). Ces opinions sont plus fréquentes parmi les ouvriers, les chômeurs et les personnes à faibles revenus ayant peu de diplômes. Ainsi les patients les plus pauvres sont moins sensibles à ces politiques étant donné la puissance des effets positifs du tabac (concentration, caractère social, moment unique de plaisir, etc.) (210). La cigarette permettrait aux plus précaires de gérer l'anxiété et le stress associé à leur situation. Les croyances populaires, telles que considérer la cigarette comme un produit de première nécessité ou comme un loisir « bon marché » (par rapport au sport par exemple) restent présentes dans ces milieux sociaux (209). Cet apanage est clairement visible chez nos patients souffrants de schizophrénie, de déficience mentale ou d'autres troubles de la santé mentale invalidants, victimes malheureusement bien souvent d'une situation de précarité et d'exclusion. Il n'est pas rare de voir partir en fumée la somme de l'allocation adulte handicapée (AAH) donnée mensuellement par les curateurs/curatrices.

De ce fait, bien que les augmentations des taxes sur le tabac semblent avoir un impact sur la prévalence du tabagisme, il est vital que ces mesures s'accompagnent de dispositions particulières envers les populations précaires. Des actions d'incitation à l'arrêt et/ou des actions spécifiques complémentaires dans les milieux défavorisés semblent être essentielles.

En commençant par un meilleur accès aux soins et des actions au contact de ces populations exclues. Dans le cas contraire, l'observation annuelle constatée en 2017 d'un ralentissement des inégalités en matière de tabagisme pourrait ne pas se poursuivre.

I.2.5.1.3. Prise en charge du tabagisme

Les sevrages tabagiques effectués avec l'aide d'un professionnel du soin s'effectuent le plus souvent en médecine de ville. Une étude de 2009 rapporte que près de 67 % des médecins généralistes ont vu au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours de la semaine précédant l'enquête et 17,4 % en ont vu au moins trois (211).

La question de la prise en charge du tabagisme peut aussi s'analyser à partir des chiffres de vente des traitements pour l'aide au sevrage tabagique. Les quantités vendues de ces différents traitements sont converties en nombre de patients traités pendant une durée d'un mois. Les formes orales de substitution nicotinique dominent depuis 2008 (cf. figure 14). Le Champix® (varénicline) a connu un franc succès à sa commercialisation en 2007 puis est tombé en désuétude avant un regain d'intérêt en 2016 lors de sa réintégration dans la liste des médicaments remboursés. Les ventes de Zyban® (bupropion) restent marginales en France.

Les ventes de timbres (patches) transdermiques est en nette augmentation depuis entre 2016 et 2017 (augmentation plus franche que les formes orales). Les traitements de substitution nicotinique (TSN) sont les principaux traitements utilisés dans la prise en charge médicamenteuse du sevrage tabagique. Les livraisons aux pharmacies des traitements d'aide au sevrage tabagique tous confondus ont augmenté en 2017 (28,5 %) en parallèle de la diminution des livraisons de tabac aux buralistes (- 1.4 % tous types de tabac confondus) (165).

Dans tous les cas, les ventes de traitements pour l'arrêt du tabac continuent de croître. Le nombre de patients traités estimé atteint et dépasse même la barre symbolique des deux millions et demi de personnes en 2017.

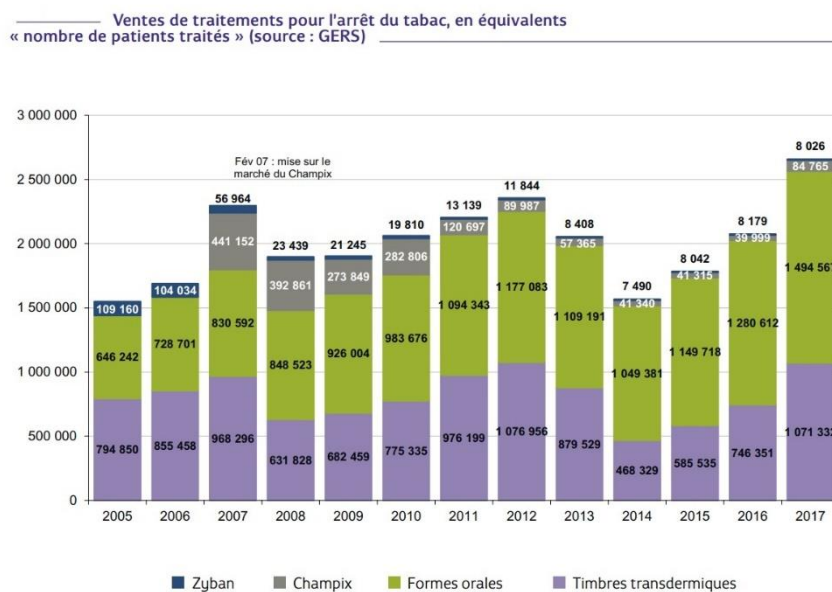


Figure 14 : Évolution des ventes de traitements pour l'arrêt du tabac de 2005 à 2017

A chaque nouveau traitement sur le marché nous constatons une évolution (comme en 2007 avec la varénicline). En novembre 2017, la commercialisation de quatre nouvelles références de gommes à mâcher a certainement influencé les chiffres. Se rajoute le fait que depuis 2007, l'Assurance maladie rembourse forfaitairement les traitements de substitution nicotinique. Ce montant s'élevait à 50 euros par an (hors cas spécifiques), puis a ensuite été porté à 150 euros en 2015 pour certains publics jugés prioritaires (femmes enceintes, jeunes entre 20-30 ans, patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire et ceux en affection longue durée pour le cancer). Le remboursement forfaitaire des substituts nicotiques acquis sur prescription est à 150 euros par an s'est étendu à l'ensemble des fumeurs depuis le 1^{er} novembre 2016. Entre 2016 et 2017 nous notons une augmentation de 37% des personnes ayant bénéficié de ce dispositif (168). En 2017, l'augmentation des personnes bénéficiant de ce remboursement est exponentiel. Les médecins ne sont plus les seuls prescripteurs potentiels, depuis 2007 les sages-femmes, infirmiers, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes ont progressivement complété la liste. Les sages-femmes peuvent également les prescrire à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée. L'association d'un meilleur accès aux soins grâce à une grande mobilisation des professionnels de santé qui sont plus nombreux et d'un remboursement de prescription à la fois augmenté et élargi semble insuffler une bonne dynamique de sevrage national, notamment dans les classes sociales défavorisées.

Un espace plus important pourrait être donné aux médecins généralistes (par exemple, un remboursement revu à la hausse des consultations spécifiques de tabacologie pour qu'ils puissent s'y investir). En effet, le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du sevrage tabagique pourrait être renforcé car un peu plus d'un tiers des fumeurs souhaitant arrêter de fumer envisagent de le faire avec l'aide de leur médecin de proximité.

I.2.5.1.4. Campagnes de prévention et de sensibilisation

Les campagnes médiatiques combinent des formes multiples de communication. Parmi eux nous retrouvons la notamment la télévision, la radio, les affiches et la publicité dans les journaux nationaux. Elles peuvent être utilisées pour encourager et supporter des tentatives d'arrêt tout en modifiant les attitudes et croyances relatives au tabagisme. Elles visent à créer un environnement favorable à l'émergence de demandes d'aide ou soins. Elles peuvent se faire en complémentarité avec des actions locales et régionales afin de maximiser la sensibilisation.

D'usage courant, et bien qu'elles soient renforcées sur le plan international depuis plus de dix ans, leur efficacité reste pour autant controversée. Il est en effet très complexe d'analyser un lien de causalité direct entre les campagnes médiatiques et la prévalence tabagique.

Pour autant, une revue de la littérature visant l'étude du fond et de la forme des campagnes a été faite en 2012. Il en ressort une mise en garde sur le fait que les campagnes médiatiques ne sont pas sans frais pour les gouvernements. Pour que l'investissement soit rentable et porteur les campagnes se doivent d'être cohérentes, régulières et inscrites dans la durée (212). Les auteurs précisent également que des messages sont plus efficaces s'ils visent les conséquences sur la santé.

Certes le tabac est dangereux pour la santé, mais faut-il encore pouvoir le percevoir. En 2012, environ cinq Français sur dix (47 %) semblaient concevoir que l'usage quotidien de tabac peut s'avérer dangereux pour la santé (213). Ce chiffre observé par l'OFDT s'est nettement amélioré en cinq ans, notamment chez les jeunes de 17 ans, pour des quantités de tabac supérieures à cinq cigarettes. Malheureusement l'opinion publique sur des consommations inférieures ou égales à 5 cigarettes reste insouciant. Cette insouciance peut facilement s'effacer, comme le prouve l'efficacité des campagnes de sensibilisations au cours des cinq dernières années, mais nécessite une diffusion régulière et adaptée aux changements des représentations sociales en fonctions des générations.

Depuis plus de trente ans, de nombreuses campagnes d'information réalisées par l'INPES ou des associations de lutte contre le tabac ont accompagné les mesures réglementaires. L'INPES fait annuellement des campagnes de sensibilisation depuis l'an 2000. Ils ont mis l'accent tour à tour sur les risques liés au tabagisme actif, les motivations pour arrêter de fumer, les risques du tabagisme passif, l'influence délétère de l'industrie du tabac ou l'aide à l'arrêt du tabac. Ces informations sont à destination de la population générale et de publics ciblés (adolescentes, femmes en âge de procréer, femmes enceintes...) (212). Les arrêts de tabac sont plus souvent motivés par la peur des maladies ou plus généralement par la prise de conscience de ses conséquences nocives de la consommation chronique de tabac. Les conséquences du tabac sur la santé, sur le cout du tabagisme ou bien les risques d'amendes encourus sont des leviers motivationnels très utiles ensemencés par les campagnes de préventions et les avertissements législatifs.

L'objectif n'est pas de juger ou de culpabiliser le consommateur par la diffusion régulière de tels messages mais de contribuer à faire évoluer les représentations du tabagisme, notamment lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre d'une dénormalisation. Cette approche globale consiste à changer les normes sociales régissant l'usage de tabac en jouant à la fois sur le climat social et sur le cadre légal (197).



Le « Mois sans tabac », lancé en octobre 2016, est inspiré du « Stoptober » britannique. L'objectif au cours de ce mois est d'inciter les fumeurs à arrêter de fumer pendant trente jours autour ou pendant le mois de novembre. La durée d'un mois a été calculée en fonction de la cinétique du sevrage tabagique car c'est la période nécessaire pour que les symptômes de sevrage tabagique soient considérablement réduits. Un sevrage effectif sur une durée d'un mois multiplie par cinq les chances d'un arrêt définitif (214). Le « Mois sans tabac » n'est pas une simple campagne de sensibilisation. D'une part car c'est une campagne de sensibilisation annuelle complexe mettant en jeu tous les partenariats nationaux et régionaux possibles. En effet, les actions de sensibilisations sont aussi bien menées dans les hôpitaux, que les mairies, les lieux publics, les écoles... Au niveau national des campagnes de communication sont faites par tous les types de médias (radio, presse, réseaux sociaux, internet, télévision, affiches...) et niveau local des actions de proximité sont mises en place par des professionnels de santé et des bénévoles. D'autre part ce mois d'action vise à faciliter le sevrage du tabac en mettant là aussi tous les acteurs possibles en jeu (médecins traitants, addictologues, pharmacies, infirmiers...) et en optimisant l'accès aux soins. Que ce soit par des consultations séances individuelles ou en groupe. Sans oublier que ce mois de sensibilisation est l'occasion de mettre en avant tous les moyens d'accès aux informations et aux soins (lignes téléphoniques, applications mobiles, sites internet...). Toutes ces actions sont menées ensemble. C'est un ensemble dynamique qui permet à chaque fumeur d'y trouver son compte ou attiser une certaine curiosité. Le caractère périodique est également un facteur d'une meilleure efficacité.

Les anglais ont mis en place ce type d'intervention depuis plusieurs années en se fondant sur la théorie de contagion sociale et la théorie de la motivation PRIME (Planifications, Réponses, Impulsions, Motivations et Évaluations) (215). Cette dernière repose sur l'idée que le comportement adopté à un moment donné est le résultat de différents types de motivations. L'objectif de la théorie de la motivation PRIME est d'agir sur l'ensemble du système motivationnel du patient en multipliant tous les leviers possibles d'une manière cohérente (médias, kit d'arrêt, groupes de soutiens...) favorisant ainsi les chances d'adopter un nouveau comportement. Elle permet d'établir un plan concret d'actions de santé à mener en addictologie afin de couvrir tous les champs possibles et d'avoir une réactivité adaptée selon le type de prise en charge (soutien de groupe, consultations individuelles rapprochées, accès aux soins pour les patients défavorisés, etc.). Ce mois d'action intense permet également aux professionnels de santé de voir si certains circuits d'accès aux soins qui ont été optimisés peuvent être pérennisés ou développés au cours des mois suivants. Le « Mois sans tabac », tout comme « Stoptober », se positionnent dans une démarche raisonnée adaptée à chaque patient avec des objectifs Spécifiques, Mesurables, Atteignable, Réaliste et inscrit dans le Temps (SMART).

Actuellement ces campagnes connaissent un certain succès. En France 380 000 personnes ont déclaré avoir fait un sevrage en tabac dans le cadre du « Mois sans tabac » en 2016 (216). Au cours du dernier trimestre 2016, 47,7 % des fumeurs interrogés ayant fait des tentatives d'arrêt ont bénéficié d'une aide médicamenteuse. Cette proportion est plus élevée chez ces mêmes fumeurs pour ceux qui ont participé au « Mois sans tabac » lors de la même période avec un taux de 67,1 %. Les deux campagnes faites en France semblent avoir portées l'attention nécessaire sur les inégalités sociales car l'analyse des facteurs associés aux tentatives d'arrêt liées au « Mois sans tabac » montre peu de différences selon le niveau socioéconomique. En 2016, il se dégage même que les personnes avec un diplôme supérieur

au baccalauréat ou une profession de cadre (ou équivalent) étaient les plus nombreuses à avoir fait des tentatives d'arrêt sans lien avec le « Mois sans tabac » au cours du dernier trimestre. Une analyse selon le niveau d'exposition à la campagne est en train d'être mis en place pour approfondir l'efficacité de cette action et l'améliorer dans les années à venir.

Une donnée plutôt rassurante et encourageante concerne l'opinion des fumeurs sur le tabac. Les fumeurs, unanimement, considèrent qu'il ont une dépendance au tabac au même titre qu'une drogue... Bien que non parfaite, cette approche montre que la barrière entre drogue « douce » et drogue « dure » s'efface progressivement. La quasi-totalité des personnes interrogées en 2005 par l'INPES estiment que les fumeurs sont dépendants du tabac comme d'une drogue (94,0 % sont d'accord avec cette assertion). De plus le caractère sociabilisant, d'être plus à l'aise dans un groupe grâce au tabac, disparaît peu à peu. Une enquête qualitative auprès des jeunes de 13-18 ans menée par l'OFDT en 2014-2017 suggère que le tabac aurait de plus en plus une image négative chez les adolescents (165).

Le dernier bulletin épidémiologique hebdomadaire fourni par l'INPES met en avant les progrès récents dans la lutte antitabac. Il nous donne quelques chiffres intéressants montrant la nécessité d'avoir de multiples supports d'aide à la prévention et à l'accompagnement dans le sevrage du tabac :

- La ligne téléphonique gratuite 39 89, a reçu 50 298 appels en 2017 ;
- Le site internet www.tabac-info-service.fr, compte 3 145 685 visiteurs uniques en 2017 ;
- L'application mobile, disponible sur smartphones et tablettes, a été téléchargée 205 795 fois en 2017 ;
- La page Facebook, compte 104 805 fans au 15 mai 2018.

En somme, la représentation du tabac au sein de la société, véhiculée par les médias, peut considérablement orienter dans les tentatives d'arrêt et le maintien de l'abstinence.

I.2.5.1.5. Développement de l'accès aux soins

L'accès aux soins ne se limite pas aux financements des traitements. Il passe également par les possibilités d'avoir accès à des professionnels de santé compétents et variés dans ce domaine. En effet, le tabac peut s'insinuer chez tout le monde. L'inter-individualité chez les patients est également présente chez les thérapeutes. En ce sens l'augmentation des types de consultations proposées pourrait favoriser une meilleure couverture et habiller les croyances de chacun.

I.2.5.1.6. Mesures législatives dans la lutte antitabac

Les politiques publiques ont un rôle majeur dans la lutte antitabac. En 2009, l'âge minimal à avoir pour pouvoir acheter des cigarettes passe de 16 ans à 18 ans à la suite de la loi HPST qui définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale sur le plan national. Les Français ont accepté à l'unanimité l'augmentation de l'âge en deçà duquel s'applique l'interdiction totale de vente. Il existe même une importante part des Français qui serait favorable à l'interdiction totale de vente de tabac en France (41% en 2012) (213).

La première loi française contre le tabagisme a été adoptée le 9 juillet 1976 (loi Veil). Elle esquisse les premières amorces de restriction de fumer dans les lieux publics, de publicité et d'information à grande échelle sur les risques liés au tabac. La loi du 10 janvier 1991, dite

loi Évin, est venue renforcer, la première salve lancée envers les industriels du tabac et la publicité. Le loi Évin ordonne une interdiction de fumer plus stricte et plus globale dans les lieux collectifs. Elle prévoit également l'aménagement d'espaces spécifiques pour les fumeurs. La teneur maximale en goudron, fixée à 15 mg en 1991. Force est de constater que la mise en place de réglementations spécifiques en santé publique a un impact positif (cf. figure 15). En 2003, la France rejoint certains de pays de l'Union européenne (Autriche, Espagne, Irlande, Royaume-Uni) en interdisant la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans. Cette même année la sensibilisation au risque tabagique est devenue obligatoire dans les classes de l'enseignement primaire et secondaire. Un décret en 2006 étendra l'interdiction de fumer aux lieux dits « conviviaux » tels que les restaurants, débits de tabac, discothèques, casinos, etc. Depuis le décret du 29 juin 2015, il est interdit de fumer dans les aires collectives ouvertes (jeux pour enfants notamment). Cette interdiction vise plus la sensibilisation que la protection « physique » au tabac dans ces espaces ouverts. En janvier 2016 (avec la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016), l'espace privé trouve également une zone sans tabac. En effet, il est actuellement interdit de fumer dans son véhicule en présence d'un mineur. La teneur en goudron maximale est aujourd'hui de 10 mg par cigarette.

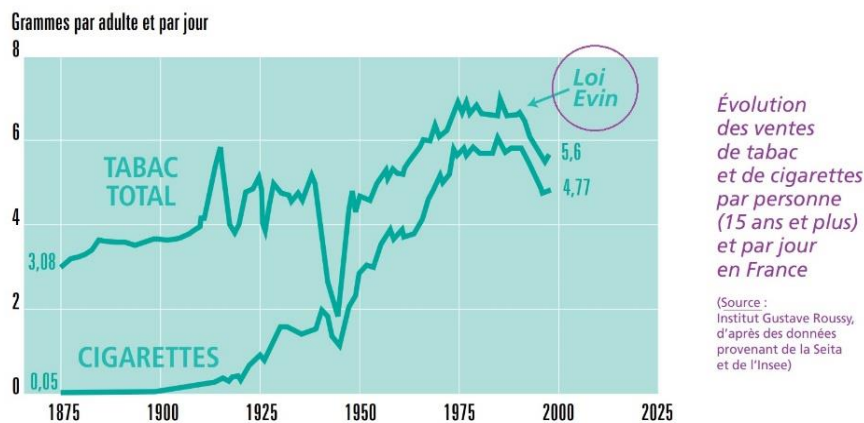


Figure 15 : Évolution des ventes de tabac et de cigarettes en France

Nous ne rentrerons pas dans le débat et les mesures des produits du vapotage (c'est-à-dire la cigarette électronique elle-même mais aussi les éléments de celle-ci, les recharges ou les liquides). De plus en plus d'études, peu rassurantes, émergent sur le sujet et le cadre légal des produits de vapotage s'ajuste quasi à l'identique à celui en vigueur pour les produits du tabac à fumer. Les discordes les plus récentes reposent sur les hiatus du « vapotage » dans les lieux de travail.

Fait intéressant, la perception du respect des règles d'interdiction de fumeur est discordante entre fumeurs et non-fumeurs. Les fumeurs jugent plus facilement qu'ils respectent les restrictions de consommation du tabac (cf. figure 16). Nous pouvons également voir que les règles s'appliquent principalement dans les hôpitaux à la différence des bars qui sont (très) loin derrière. Actuellement il est possible que les chiffres soient plus importants étant donné le renforcement des sanctions. Pour information, toute infraction constatée est associée à une contravention allant de 135 € à 750 € d'amende (art. R. 3512-1 et R. 3512-2 du Code de la santé publique (CSP)).

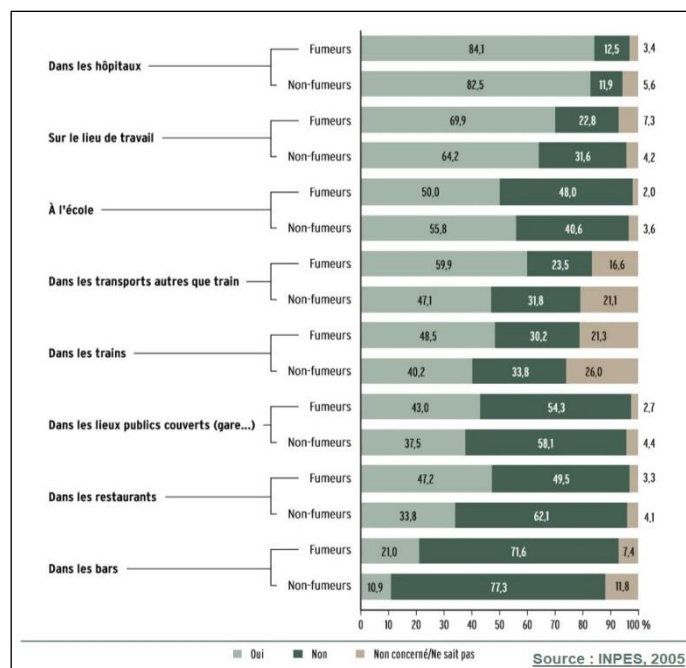


Figure 16 : Opinions sur le respect des zones non-fumeurs dans divers endroits selon le statut tabagique

Le conditionnement et la composition des produits du tabac sont également régulés, notamment les conditionnements jugés trop attractif pour les jeunes. Depuis le 20 mai 2016, les arômes clairement perceptibles sont interdits. Persiste uniquement, et ce jusqu'au 20 mai 2020, une autorisation pour les cigarettes mentholées. Depuis plus de deux ans, les conditionnements des produits ont une réglementation précise qui est décrite par l'OFDT de la sorte :

« - l'avertissement général « Fumer tue » et le message d'information « La fumée du tabac contient plus de 70 substances cancérigènes » sur 50 % de la surface qu'ils occupent (les deux faces latérales du paquet) ;

- un message d'avertissement sanitaire associé à une photographie couleur et assorti de l'information relative au dispositif Tabac info service, qui recouvre 65 % de la surface avant et arrière du paquet (contre un message écrit sur 30 % de la face avant et un avertissement visuel sur 40 % de la face arrière du paquet auparavant, depuis l'arrêté du 15 avril 2010) ;

- un pictogramme visant à informer les femmes enceintes des dangers du tabac pendant la grossesse (à l'image de celui déjà apposé sur les boissons alcoolisées). »

Tous les paquets de cigarettes, de cigares, de tabac à rouler et de papier à cigarettes doivent être neutres depuis janvier 2017. S'ajoute la suppression de tous les attributs de la marque (logo, couleur et typographie spécifique de la marque, etc.). La France, après l'Australie, est le deuxième pays au monde à mettre en place les paquets neutres standardisés.

Par ailleurs, la publicité, comme le parrainage en faveur du tabac, et la distribution gratuite ou à un prix promotionnel sont interdits.

I.2.5.1.7. Renforcement du système de soins

Il est nécessaire d'avoir des moyens suffisants pour entretenir les réseaux de soins et stimuler la recherche pour développer des moyens supplémentaires et complémentaires dans la lutte contre le tabac. Le « Mois sans tabac » en est le parfait exemple.

Les fonds pour la lutte antitabac, se rattachent 3^e plan national de lutte contre le cancer 2014-2019. L'objectif central est de réduire d'un tiers la prévalence du tabagisme en France. L'année 2014 donne naissance au Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) qui a pour principales missions de limiter l'incidence du tabagisme chez les jeunes, agir sur l'économie du tabac et, partie très intéressante, faciliter l'arrêt du tabac par un renforcement de l'aide au sevrage jusqu'en 2019. Le Programme national de lutte contre le tabagisme (PNLT) prendra progressivement le relai du PNRT sur la période 2018-2022. Il est supposé une efficacité importante du PNRT, le PNLT s'oriente donc dans l'achèvement des missions élaborées en 2014 en prévoyant une augmentation drastique du prix du tabac.

Depuis 2003, la France fait partie de la Convention Cadre pour la Lutte Anti-Tabac (CCLAT) de l'OMS. C'est le premier traité international en matière de santé concernant des mesures de lutte anti-tabac de plus en plus strictes. En 2008, le programme de lutte antitabac MPOWER voit le jour au sein de l'OMS pour aider les pays à appliquer des mesures relatives à la réduction de la demande de tabac figurant dans la CCLAT (138).

Le programme MPOWER conduit six stratégies de lutte conformes à la CCLAT qui sont présentées ainsi par l'OMS :

- (Monitor) surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention ;
- (Protect) protéger la population contre la fumée du tabac ;
- (Offer) offrir une aide à ceux qui veulent arrêter le tabac ;
- (Warn) mettre en garde contre les méfaits du tabagisme ;
- (Enforce) faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage ; et
- (Raise) augmenter les taxes sur le tabac.

Cent vingt et un pays regroupant 63% de la population mondiale bénéficie du plan MPOWER, et donc de politiques nationales de lutte antitabac à des degrés divers. Les retombées sont importantes à l'échelle mondiale avec notamment des progrès significatifs dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Concernant la prévalence du tabac, elle reste difficilement interprétable, car même si l'incidence du tabagisme décroît dans la plupart des pays, la démographie mondiale en augmentation perpétuelle interfère dans l'analyse des résultats. La France, tout comme le reste du monde, doit s'efforcer d'accélérer les mesures politiques de lutte antitabac et leur efficacité. Car les conséquences délétères du tabac et l'augmentation de la population vont actuellement plus vite que la baisse de la consommation des produits du tabac. Au niveau mondial, même si la CCLAT (à travers le programme MPOWER) est significativement efficace, plus d'un milliard de personnes continuent d'utiliser des produits du tabac.

Le Fonds tabac créé en 2017 (décret n° 2016-1671 du 5 décembre 2016 parut au journal officiel) devrait permettre d'avoir un fond nécessaire à cette lutte. Ce fonds contribue au financement d'actions locales, nationales et internationales de santé, dans le cadre de l'engagement de la France avec la CCLAT de l'OMS pour la lutte anti-tabac. Ces actions sont

mises en œuvre principalement par l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP), par l'Institut National du Cancer (INCa), par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) et par les associations dont l'objet statutaire comporte la lutte contre le tabagisme.

Les mesures de lutte antitabac actuelles semblent porter leurs fruits en France comme nous l'avons vu dans la partie des données épidémiologiques avec les récents chiffres du Baromètre santé 2017. L'association cohérente des multiples actions complémentaires (diminuer l'attrait du tabac, définir sa représentation sociale selon les classes, augmenter l'accès aux soins, avoir des soins plus diversifiés, créer des fonds pour amplifier les efforts de lutte antitabac, favoriser la recherche clinique, augmenter le prix des taxes, avoir des sensibilisations pluriannuelles très médiatisées, aller au-devant de la prévention que ce soit dans les écoles, les entreprises, les hôpitaux ou tout autre lieux publique, etc.) sont les garants d'un renouveau de l'approche idéologique dans la lutte antitabac. Le danger actuel est d'arriver à se donner les moyens de poursuivre ce nouveau souffle de prise en charge du tabac sur le long terme et d'arriver à développer de nouvelles approches qui pourraient améliorer la tendance actuelle.

I.2.5.2. Méthodes pharmacologiques

I.2.5.2.1. Les substituts nicotiques

Les traitements de substitution nicotinique (TSN) ont de multiples formes : systèmes transdermiques (timbres ou patchs), gommes à mâcher, pastilles sublinguales ou à sucer, inhalateur et spray buccal.

- **Les formes transdermiques (timbres ou patchs) :** existent en trois dosages de patchs actifs pendant 24h (7, 14 ou 21 mg) et trois dosages de patchs actifs pendant 16h (10, 15 ou 25 mg). Il est coutume de dire qu'une cigarette égale à un 1 mg du substitut. Cette équivalence est légèrement arbitraire et est donnée à titre indicatif. Le nombre de cigarettes fumées ne définit pas le niveau de dépendance et pour ajuster plus finement le dosage il est recommandé d'associer des formes orales aux patchs.
- **Les gommes à mâcher :** sont disponibles en deux dosages (2 et 4 mg). La dose de nicotine libérée est approximativement la moitié du dosage prescrit. Afin d'obtenir une absorption optimale de nicotine par la muqueuse buccale, le fumeur doit mâcher la gomme puis la glisser entre la gencive et la joue pour la ramollir. Cette action doit être répétée toutes les minutes. Au bout de 30 minutes de mastication, la gomme n'est plus efficace.
- **Les comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux :** sont disponibles aux dosages de 1 ; 1,5 ; 2 ; 2,5 et 4 mg. Une pastille libère en nicotine son équivalent de dosage (une pastille de 2 mg libère approximativement 2 mg de nicotine). Ils ont une pharmacocinétique proche de celle de la gomme à mâcher.
- **Les inhalateurs :** contiennent 10 mg de nicotine par cartouche. La fréquence des aspirations ainsi que leur intensité sont à adapter en fonction des personnes. Sans pour autant dépasser 12 cartouches par jour. La durée d'utilisation d'une cartouche peut varier de 20 minutes à 80 minutes.
- **Les sprays buccaux :** sont disposés dans des flacons permettant en moyenne 150 pulvérisations de 1 mg de nicotine. Il convient de ne pas dépasser quatre pulvérisations

maximums par heure et ne pas dépasser deux pulvérisations par prise et soixante-quatre pulvérisations par tranche de 24 heures. Avec les sprays la nicotine est plus rapidement absorbée qu'avec les gommes.

Ci-dessous, les principaux effets indésirables concernant les substituts nicotiques en fonction de leurs formes galéniques (cf. figure 17) (217) :

Les traitements nicotiques de substitution ont différents types d'effets indésirables en fonction de la forme galénique.

- **Quelle que soit la forme galénique** : palpitations cardiaques et douleurs constrictives thoraciques (OR = 2,06, IC_{95%} = 1,51-2,82) ; nausées et vomissements (OR = 1,67 ; IC_{95%} = 1,37-2,04), douleurs gastro-intestinales (OR = 1,54 ; IC_{95%} = 1,25-1,89) ; insomnies (OR = 1,42, IC_{95%} = 1,21-1,66).
- **Forme orale** : douleurs bucco-pharyngées (OR = 1,87 ; IC_{95%} = 1,36-2,57) ; aphtes (OR = 1,49 ; IC_{95%} = 1,05-2,20) ; hoquet (OR = 7,68 ; IC_{95%} = 4,59-12,85) ; toux (OR = 2,89 ; IC_{95%} = 1,92-4,33).
- **Forme transdermique** : irritation cutanée (OR = 2,80 ; IC_{95%} = 2,28-3,24).

Source : Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac : HAS, 2015

Figure 17 : Effets indésirables des traitements nicotiques de substitution

Ces différentes formes peuvent s'expérimenter seules ou de manière combinée afin de tailler sur mesure le profil de substitution idéal en fonction du patient. Leur mission est de soulager les symptômes de sevrage à la nicotine. Les substituts nicotiques atténuent les symptômes de sevrage tout délivrant de la nicotine de manière plus progressive qu'une « dose » de cigarette qui peut se comparer à un « shoot ». Nous nous affranchissons alors de la pharmacocinétique propice à la dépendance et à la recherche d'effet. Cette délivrance plus linéaire permet au fumeur de ne pas subir la dépendance physique pendant le sevrage et de mieux travailler sur le déconditionnement global au tabac.

Les TSN sont recommandés en première intention étant donné que la balance bénéfice-risque penche nettement en faveur des bénéfiques. Nous détaillerons cette méthode de sevrage tabagique dans la partie méthodologie afin de mieux argumenter ce choix de thérapeutique dans l'étude qui nous intéresse ici.

I.2.5.2.2. Varénicline (Champix®)

La varénicline est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques cérébraux à l'acétylcholine. Cette molécule est indiquée dans le sevrage tabagique de l'adulte sous la marque Champix®. Le patient fixe d'abord une date pour arrêter de fumer et l'administration de la varénicline débute une à deux semaines avant cette date. Son schéma d'administration est progressif sur sept jours jusqu'à une posologie de 1 mg deux fois par jour qui sera maintenu environ douze semaines. Son arrêt peut être progressif et il est possible de prolonger les douze semaines selon l'appréciation du thérapeute et volonté du patient.

La spécialité Champix® a obtenu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en 2006 et a investi le marché en 2007. Elle est disponible en France dans l'indication du sevrage tabagique. La supériorité de la varénicline sur le placebo est prouvée. Par contre la varénicline n'est pas plus efficace qu'une combinaison de TSN (218). Une revue systématique de 2008 fait par Lee et al. oriente vers l'utilité d'une prescription sur plusieurs mois (six mois) qui montrait une efficacité sur l'abstinence significative par rapport à des durées de traitement inférieur. L'effet de la varénicline n'est pas démontré sur la prévention de la rechute. Les effets

indésirables les plus fréquents sont les nausées, les troubles du sommeil, les rêves anormaux et les céphalées.

Son rapport bénéfice/risque fait débat en raison de ses événements indésirables en rapport avec le suicide et en raison des conflits d'intérêt dans certaines études concernant cette molécule. Ce jour nous savons que l'utilisation de la varénicline est associée à de potentiels effets indésirables graves, notamment des symptômes neuropsychiatriques (dépression et comportements suicidaires/auto-agressifs, hostilité, agitation et changements comportementaux). Cependant les données actuelles restent contradictoires. De ce fait, il est possible d'utiliser la varénicline mais il est conseillé de la réserver à des cas particuliers si nous nous en référons au principe de précaution.

I.2.5.2.3. Bupropion (Zyban®) et autres antidépresseurs

Le bupropion est un traitement initialement utilisé aux Etats Unis comme antidépresseur. Il inhibe la recapture de la noradrénaline et de la dopamine. En 1992, le lien est fait avec une diminution constatée du craving au tabac chez les personnes traitées par bupropion. Par la suite des études ont prouvé son efficacité dans l'arrêt du tabac (219). Le traitement se commence 7 à 14 jours avant la date d'arrêt du tabac. La dose augmente progressivement sur une semaine puis elle est maintenue entre sept et neuf semaines. Il est commercialisé en France depuis 2001 dans l'indication « aide au sevrage tabagique accompagné d'un soutien de la motivation à l'arrêt du tabac chez l'adulte présentant une dépendance à la nicotine » sous l'appellation ZYBAN®. Selon la HAS en 2015, le bupropion est supérieur au placebo pour l'arrêt du tabagisme à 6 mois mais il n'est pas supérieur aux TSN (niveau de preuve 1). Par ailleurs son efficacité est inférieure à la varénicline (niveau de preuve 2). L'utilisation du bupropion semble associée à un risque de dépression et de comportements auto-agressifs (niveau de preuve 3). Les autres effets indésirables sont principalement des réactions cutanées ou allergiques, des nausées, des troubles cardiovasculaires, des troubles neuropsychiatriques (insomnie, angoisse) et des troubles neurologiques (vertiges, céphalées ou convulsions). Concernant le rapport coût/efficacité du bupropion, il est décrit comme inférieur à celui de la varénicline. Finalement, tout comme la varénicline, le principe de précaution s'applique. Nous le réserverons donc aux cas particuliers. Ce médicament nécessite une surveillance renforcée des patients en raison de ses effets indésirables potentiels, ainsi qu'une surveillance accrue lors de son arrêt.

Dans les autres antidépresseurs nous parlerons exclusivement de la nortriptyline (antidépresseur tricyclique commercialisé aux Etats-Unis), qui avec le bupropion, sont les deux seules molécules ayant montré un intérêt dans le sevrage du tabac. De nombreuses études ont vu le jour dans l'hypothèse la nicotine a des effets antidépresseurs et le traitement pourrait s'y substituer en plus d'adoucir les éléments anxiodépresseurs induits par un tabagisme actif ou un syndrome de sevrage. Les méta-analyses faites sur plus de cinquante essais cliniques bien menés montrent que le bupropion et la nortriptyline améliorent de façon significative le taux d'arrêt à six mois. Les données suggèrent que le mode d'action du bupropion et de la nortriptyline est indépendant de leur effet antidépresseur et que leur effet semble plus lié à ces actions centrales sur les récepteurs à la nicotine. Le profil d'innocuité de la nortriptyline est défavorable par rapport son efficacité dans le sevrage tabagique. Les preuves suggèrent que ni les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (par exemple la sertraline) ni les inhibiteurs de la monoamine oxydase ne facilitent l'abstinence en dehors d'un épisode dépressif caractérisé concomitant ou d'antécédents de dépression (219).

Comme nous le verrons dans la partie méthodologie, les fumeurs ayant des antécédents dépressifs sont les plus exposés à la décompensation du trouble de l'humeur à l'arrêt du tabac. Une surveillance accrue est nécessaire. Malgré cet état de fait il n'existe pas de recommandation précise sur le type de traitement à mettre en place ni sur la séquence de traitement dans ce contexte. Il est conseillé de stabiliser un épisode dépressif avant un sevrage et qu'en cas d'apparition ou d'aggravation de troubles dépressifs, il est recommandé de mettre en place une prise en charge spécifique de la dépression. L'approche médicamenteuse reste principalement basée sur les substituts nicotiques chez les patients atteints de troubles de l'humeur.

I.2.5.2.4. Cytisine, Lobéline et Clonidine

La cytisine est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques à l'acétylcholine du système nerveux central et la Lobéline est un alcaloïde extrait des feuilles d'une plante de tabac indienne avec un rôle d'agoniste-antagoniste mixte des récepteurs nicotiques de l'acétylcholine. Actuellement nous considérons que la cystisine à une efficacité modeste dans l'aide au sevrage tabagique. Il n'y a cependant pas de preuve concernant un rapport favorable de l'utilisation de la cytisine dans la balance bénéfique/risque. D'autres études sont nécessaires pour argumenter son potentiel intérêt. La lobéline n'a tout simplement pas prouvée son efficacité et son rapport bénéfique/risque est défavorable en raison de ses effets indésirables (vertiges, nausées, irritations, vomissements...) (183). Par ailleurs aucun essai n'a évalué son efficacité sur plusieurs mois d'abstinence.

La clonidine est un agoniste des récepteurs adrénergiques α_2 . Elle a des propriétés antihypertensive, adrénolytique (action centrale) et agoniste des récepteurs de l'imidazoline. Les effets secondaires limitent l'intérêt de la clonidine même si son efficacité versus placebo dans l'aide à l'arrêt du tabac est avérée.

Nous avons regrouper ses traitements dans un même ensemble car aucun des trois n'est recommandé dans la prise en charge du sevrage en tabac.

I.2.5.2.5. Anxiolytiques

Les éléments anxieux s'intègrent dans le sevrage du tabac et sont également majorés lors d'une consommation chronique de tabac. L'hypothèse est que la prescription de molécules permettant de canaliser la charge anxieuse améliorerait le syndrome de sevrage. Parmi les molécules suivantes : buspirone, diazépam, doxépine, méprobamate, ondansétron, métoprolol, oxprénolol et propanolol ; aucune n'a prouvé son efficacité dans le sevrage tabagique (220). Les anxiolytiques ne sont donc pas recommandés dans le sevrage tabagique sauf lors de cas particuliers comme par exemple les troubles anxieux généralisés ou troubles paniques. A ce moment-là ils sont un complément essentiel, au même titre que les antidépresseurs. Il viennent s'ajouter à la prescription aux autres techniques de sevrage ayant prouvés leur efficacité (par exemple, les TSN) selon le schéma de traitements habituel de ces molécules dans les indications pour lesquelles ils ont l'AMM. Les troubles anxiodépressifs survenant en cours de sevrage sont à différencier d'un syndrome de sevrage en tabac et des troubles de l'humeur liés à un sous-dosage en substituts nicotiques. L'indication de prescriptions d'anxiolytiques (ou d'antidépresseurs) se fera lors d'un diagnostic précis (antécédent à haut risque ou épisode caractérisé objectivement cliniquement sans diagnostic différentiel).

I.2.5.2.6. Antagonistes et agonistes partiels des opiacés

Plusieurs revues de la littérature n'ont pas dégagé d'efficacité des antagonistes et agonistes partiels des opiacés (naltrexone, naloxone et buprénorphine) dans le sevrage du tabac. La naltrexone et la naloxone n'ont pas permis de mettre en évidence une différence significative sur l'abstinence par rapport aux groupes placebo (221). La buprénorphine reste complexe à évaluer sur la population générale, elle implique souvent de nombreux biais de sélection et des groupes ayant des troubles addictologiques ciblés.

I.2.5.2.7. Antagonistes sélectifs des récepteurs cannabinoïdes de type 1

Le système endocannabinoïde est très étudié dans les addictions à l'heure actuelle. Le rimonabant est un antagoniste sélectif des récepteurs cannabinoïdes de type 1 (CB1) centraux et périphériques. L'idée est qu'il puisse rééquilibrer la balance du système endocannabinoïde perturbée par la nicotine. Une méta-analyse faite en 2011 à partir de deux essais montrait une efficacité modeste du rimonabant face au placebo sur l'abstinence à un an. Les effets secondaires incluaient la nausée mais également des infections de l'appareil respiratoire supérieur. Finalement, le manque de preuve (deux études seulement) associé à un ratio efficacité/effets indésirable défavorable ne permet pas de conseiller ce traitement. Bien que le système endocannabinoïde semble prometteur dans certains troubles addictologiques, cette voie ne semble pas prometteuse dans le tabagisme chronique à ce jour.

I.2.5.2.8. Antagonistes des récepteurs nicotiniques

La mécamylamine est un antagoniste de la nicotine. Elle est censée bloquer les effets positifs de la nicotine et réduire l'envie de fumer. Les effets de la mécamylamine ont été examinés en utilisation seule ou en combinaison avec un TSN. Le manque de puissance des études et de méthodologie ne permettent pas de porter de conclusions à l'heure actuelle. Il n'y a pas de preuve de l'efficacité de la mécamylamine dans l'aide à l'arrêt du tabac (218).

I.2.5.2.9. Nicobrevin

Le Nicobrevin est un produit commercialisé dans plus d'une dizaine de pays. C'est un produit breveté pour l'aide au sevrage tabagique contenant de la quinine, du menthyle valérate, du camphre et de l'huile d'eucalyptus. Aucun essai randomisé avec suivi à long terme du statut tabagique n'a été identifié ce qui nous ne permet pas d'avoir une opinion sur une possible efficacité.

En synthèse sur l'approche pharmacologique, les TSN sont le traitement pharmacologique de première intention loin devant toutes les autres approches médicamenteuses. La varénicline et le bupropion ont montré une efficacité dans l'abstinence au tabac mais leur balance bénéfice/risque doit être bien étayée. Le groupe de travail de la HAS recommande de réserver la varénicline et le bupropion en dernière intention pour des cas particuliers. Dans une moindre mesure la cystisine et le rimonabant ont présentés une efficacité modeste mais avec un rapport bénéfice/risque défavorable et un nombre limité d'études. La nortriptyline a également prouvée son efficacité dans le sevrage mais son profil d'innocuité n'a pas incité à l'intégrer dans les traitements recommandés en France. Tous les autres médicaments (clonidine, lobéline, antagonistes et agonistes partiels des opiacés, mécamylamine, anxiolytiques et antidépresseurs, nicobrevin...) n'ont pas prouvé leur efficacité et ne sont pas recommandés en France (218). Aucune donnée concluante existe à l'heure actuelle pour les huiles essentielles ou souches homéopathiques.

I.2.5.3. Les cigarettes électroniques

La cigarette électronique (ou dispositif électronique de vapotage) est le nom générique désignant des générateurs d'aérosols dont la forme rappelle celle de la cigarette et qui servent à délivrer de la fumée artificielle aromatisée contenant ou non de la nicotine. L'innocuité et l'importance de l'apport de nicotine des cigarettes électroniques ne sont pas établies. Ces dispositifs ne sont pas indiqués actuellement dans le sevrage tabagique (183,222).

Les recommandations insistent sur le fait d'informer les fumeurs qui utilisent des cigarettes électroniques de l'insuffisance actuelle de données sur les risques associés à leur utilisation. Les substances contenues dans les cigarettes électroniques sont supposées être moins dangereuses que le tabac. Cependant ce fait n'est pas démontré. Si un fumeur refuse les moyens de substitution nicotinique recommandés, il n'est pas nécessaire de déconseiller la cigarette électronique mais leur utilisation doit s'inscrire dans une stratégie d'arrêt avec accompagnement.

I.2.5.4. Méthodes non-pharmacologiques

I.2.5.4.1. Entretien motivationnel et conseils brefs

L'entretien motivationnel (EM), développé au cours des années 1980 en Amérique, se définit comme une approche relationnelle guidée et centrée sur le patient. Son but est de susciter ou renforcer la motivation au changement (223). L'objectif est d'amener le patient à faire lui-même, de façon volontaire, les changements nécessaires pour atteindre son projet. L'exploration de l'ambivalence de la personne de manière empathique est faite sans confrontation et sans persuasion. L'entretien motivationnel valorise l'autonomie du patient grâce à une coopération commune entre le soignant et le patient. C'est une méthode de conseil pour résoudre l'ambivalence tout en promouvant un changement positif et en renforçant la motivation (224). La pratique de l'entretien motivationnel suit quatre principes structurants :

- éviter le réflexe correcteur ;
- explorer et comprendre les motivations propres du patient ;
- écouter avec empathie ;
- encourager l'espoir et l'optimisme et renforcer le patient.

L'efficacité de l'entretien motivationnel est mise en évidence par une augmentation significative de l'arrêt du tabac. Cette efficacité est supérieure aux conseils brefs d'arrêt. Il est également prouvé qu'une prise en charge plus approfondie des EM (consultation plus longue, brochures...) avec des séances supérieures ou égales à vingt minutes est plus efficace (225).

Les conseils brefs (conseils simples et brefs d'arrêt du tabac ne rentrant pas dans le cadre d'un entretien motivationnel ou d'une autre psychothérapie) sont également associés à une augmentation significative de l'arrêt du tabac comparativement à l'absence de conseils. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les sous-groupes ayant bénéficié de conseils brefs et de conseils intensifs.

Actuellement l'entretien motivation forme le duo de « choc » avec les TSN. Leur association est fortement recommandée dans la prise en charge du sevrage tabagique.

I.2.5.4.2. Matériel d'auto-support

Concernant les techniques d'auto-support, elles définissent l'utilisation d'outils structurés (livrets par exemple), qui peuvent aider le fumeur à faire une tentative d'arrêt ou maintenir son abstinence sans l'aide de professionnels de santé, de conseillers ou du soutien d'un groupe. Les outils d'auto-support sont plus efficaces que l'absence d'intervention pour l'aide à l'arrêt du tabac bien qu'ils ne semblent pas supérieurs aux conseils brefs d'un professionnel de santé (183). Ces supports ne sont cependant pas déconseillés. Ils ne peuvent que renforcer la confiance des patients dans leurs projets.

I.2.5.4.3. Méthodes d'accompagnement psychologique

Thérapies cognitives et comportementales (TCC)

Les modèles cognitivo-comportementaux des addictions décrits par Aubin mettent bien en perspective les avantages des méthodes comportementales dans les troubles de l'usage de substances psychoactives. Les TCC vont principalement s'axer sur l'entraînement aux compétences de coping, l'exposition au stimulus, le renforcement communautaire et la gestion des contingences dans le sevrage du tabac. Ces techniques peuvent être utilisées dans le cadre de thérapie individuelle ou de groupe. Ces techniques s'adaptent facilement aux besoins individuels des patients et l'évaluation régulière des progrès permet d'ajuster au fur et à mesure le traitement. De plus elles ouvrent la possibilité d'un lien plus aisé dans l'association à d'autres approches comme par exemple, les thérapies familiales. Les TCC n'ont pas prouvé spécifiquement leur efficacité dans le sevrage du tabac en individuel mais il a été prouvé que l'accompagnement par un suivi psychologique a un impact positif sur l'arrêt du tabac et sa prise en charge. Donc les TCC sont un atout majeur permettant un cadre de soins propice à la réussite du sevrage grâce leur structure et appui motivationnel.

Les TCC en groupe sont plus efficaces que les matériels d'auto-support et d'autres interventions moins intensives dans le sevrage tabagique (226). Concernant l'impact psychologique de groupe (liens sociaux, communication...), l'utilisation des TCC n'est pas supérieure aux thérapies de groupes habituelles. D'autres approches sur les sevrage en tabac sont en cours pour évaluer le retentissement qualitatif du sevrage et la contention des éléments anxiodépressif grâce aux TCC (227).

Interventions psychosociales de soutien du partenaire

L'examen des essais contrôlés randomisés portant sur des interventions visant à améliorer le soutien des partenaires dans le sevrage tabagique n'a pas montré de bénéfice par rapport au groupe contrôle (228). Il n'y a donc pas de preuve de l'efficacité des interventions psychosociales de soutien du partenaire du fumeur pour l'arrêt du tabagisme pour l'instant. D'autres études avec plus de puissance et une méthodologie plus solide sont nécessaires pour étayer le sujet.

Guidance (counselling) individuelle

Les approches centrées sur la personne sont populaires à l'échelle mondiale et s'étendent à de plus en plus de domaines. La guidance individuelle par un professionnel formé à l'aide à l'arrêt du tabagisme augmente la probabilité d'arrêt du tabagisme de manière significative (229). Les interventions de guidance délivrées par des infirmiers(ères) formé(e)s sont tout aussi efficaces. Ce qui ouvre l'hypothèse d'une efficacité à grande échelle d'un réseaux de soins pluridisciplinaire formés dans la lutte antitabac (en plus des prescriptions étendues des TSN depuis 2007).

I.2.5.4.4. Hypnose

Nous ne détaillerons pas cet outil thérapeutique dans cette liste étant donné que nous l'abordons tout au long de ces pages.

I.2.5.4.5. Acupuncture

L'acupuncture est une très ancienne pratique thérapeutique. Elle constitue le fil conducteur de la médecine traditionnelle chinoise et s'imprègne de la théorie du yin et du yang et de ses implications physiologiques. Dans la description de l'Académie nationale de médecine faite en 2013 concernant l'acupuncture nous apprenons que chacun des organes, ensembles anatomiques, fonctions et substances, sont spécifiquement de nature yang ou yin. Tout déséquilibre yin/yang entraîne des changements pathologiques par excès ou déficit de l'un ou de l'autre. L'énergie Qi est le principe fondamental, présent dans tout le corps, qui régit et contrôle toutes les activités vitales. Cette énergie parcourt des méridiens invisibles identifiables cliniquement par les thérapeutes. Nous décrivons 24 méridiens huit extra-méridiens. Les organes (yin) et viscères (yang) possèdent chacun leur propre méridien. L'objectif de l'acupuncture est de réguler le yin ou le yang de tel ou tel élément du corps par manipulation du Qi. Les points spécifiques sont dits "points d'acupuncture". En pratique, l'acupuncteur utilise des aiguilles stériles à usage unique de différentes sections et longueurs. Elles sont insérées au niveau des points d'acupuncture suivant différentes techniques, puis laissées en place un temps défini qui varie en fonction des problématiques. C'est une synthèse plus que superficielle de cet outil ancestral qui ne tient pas compte des "extra-points", nombre par méridien par organes, des techniques de chaleur ou d'électricité, ni des massages des points d'acupuncture (tui na).

Une première revue de la littérature en 2011 ne mettait pas en évidence de preuve que l'acupuncture était plus efficace que des interventions psychologiques courtes ou longues. Une deuxième revue regroupant six études pour un total de 823 patients retrouvait un effet modeste de l'acupuncture sur le sevrage à court terme en 2012. En 2014 il n'est pas retrouvé de preuve cohérente d'efficacité sur l'acupuncture, l'acupression ou la thérapie au laser dans le sevrage tabagique à moyen ou long terme. Cependant, le manque de preuves et les problèmes méthodologiques ne permettent pas de tirer des conclusions définitives (230,231). A ce jour l'acupuncture n'est pas recommandée mais il n'est pas nécessaire de la déconseiller aux patients souhaitant l'utiliser en complément des thérapies ayant prouvé leur efficacité.

I.2.5.4.6. Activités physiques

Certaines méthodes sont basées sur l'exercice physique pour réduire le manque en tabac, décharger les angoisses et canaliser la prise de poids éventuelle. La plupart des études n'ont pas montré d'effets significatifs de l'exercice physique sur l'abstinence à cause des nombreux biais méthodologiques qui les caractérisaient (232). L'hétérogénéité des études n'a d'ailleurs pas permis de conduire de méta-analyse. Le sport a très certainement un impact positif qui va au-delà du sevrage tabagique, c'est pourquoi des études plus rigoureuses avec des groupes plus comparables et une meilleure puissance sont nécessaires.

I.2.5.4.7. Méthodes aversives

La méthode aversive de « fume rapide » (rapid smoking) a pour objet de créer une vive répugnance à la cigarette. Il existe plusieurs variantes pour créer de l'aversion (paced smoking : avec des intervalles plus longs entre les cigarettes, self paced smoking : les patients

fument à leur rythme en se concentrant sur des sensations négatives, rapid snuffing : qui consiste à fumer à une fréquence élevée sans inhaler la fumée, smoke-holding : qui consiste à faire de la rétention de la fumée, etc.). Ces différentes méthodes consistent à fumer à un rythme soutenu ou de manière différente jusqu'à ressentir les effets de surdosage censés dégouter le fumeur et associer le tabac à des aspects négatifs. Le « trop-plein » nicotinique induit par ces méthodes s'accompagne de nausées, malaises, maux de têtes, mal de gorge, toux, etc. Mais également d'angor ou infarctus en cas de fragilité cardiaque ce qui limite les indications.

Les études concernant ces méthodes sont nombreuses mais très hétérogènes. Les méthodologies sont très disparates et les résultats très contradictoires. C'est pourquoi, à l'heure actuelle, ces méthodes aversives n'ont pas prouvé leur efficacité (231).

I.2.5.4.8. Assistance téléphonique

Le principe est d'avoir des services téléphoniques fournissant du soutien et de l'information sur le sevrage tabagique et les addictions. L'assistance téléphonique est également nommée guidance téléphonique (Telephone counselling quitlines). Ce soutien peut s'intégrer dans un suivi programmé ou s'activer lors d'un appel spontané. Ces deux facettes sont efficaces (avec une efficacité majorée en cas d'appel spontané).

Une relation dose-réponse a été mise en évidence. Les méthodes fournies pour arrêter « seul » (matériel d'auto-soutien, conseil bref ou pharmacothérapie seule) et un nombre d'appel de guidance téléphonique inférieur ou égal à deux étaient moins efficace que trois à 6 appels et 7 appels ou plus (233). Cette méthode de sevrage en tabac est également une importante voie d'accès aux soins.

Le ministère de la Santé et l'INPES ont mis en place une ligne téléphonique pour accompagner et soutenir les fumeurs dans leur démarche d'arrêt : la ligne Tabac info service (39 89). Cette approche téléphonique, se place au cœur du principe de suivi et de soutien psychologique.

I.2.5.4.9. Interventions de soutien numériques

Les études concernant les différents types d'interventions délivrées via le téléphone portable (messages textes ou applications) ont permis une méta-analyse malgré l'hétérogénéité des méthodes. Il en ressort une efficacité probable des interventions de soutien par le téléphone portable mais cette affirmation manque de solidité actuellement.

Les interventions de soutien par internet n'ont pas montré d'efficacité de leur côté. Les analyses des différentes études conduites jusqu'à présent ne sont pas concluante.

Malgré cela, internet reste une porte d'entrée privilégiée au sevrage tabagique. En ce sens, en complément de la ligne d'aide à l'arrêt Tabac info service, l'INPES a lancé un site Internet dédié à l'arrêt du tabac : tabac-info-service.fr. Au-delà d'éviter une désinformation, cette plateforme oriente vers tous les types de sevrages possibles et moyens d'accès aux soins près de chez soi.

En guise de synthèse sur l'approche non pharmacologique de l'arrêt du tabac nous reprendrons les conclusions de la HAS (cf. figure 18).

Conclusion sur les traitements non médicamenteux

- **L'entretien motivationnel** augmente la probabilité d'arrêt du tabagisme, plus encore que le conseil bref d'arrêt. Les séances longues (plus de 20 minutes) sont plus efficaces que des séances plus courtes (niveau de preuve 2).
- **La thérapie comportementale** de groupe est plus efficace que le matériel d'auto-support et d'autres interventions moins intensives pour l'arrêt du tabagisme (niveau de preuve 1).
- **La guidance (ou *counselling*)** individuelle par un professionnel formé à l'aide à l'arrêt du tabagisme augmente la probabilité d'arrêt du tabagisme (niveau de preuve 1). Les interventions de guidance délivrées par des infirmiers(ères) formées sont efficaces (niveau de preuve 1).
- **Les outils d'auto-support** sont plus efficaces que l'absence d'intervention pour l'aide à l'arrêt du tabac, mais ne semblent pas supérieurs au conseil bref d'un professionnel de santé. Ces techniques peuvent être utiles pour les patients qui souhaitent arrêter de fumer mais qui ne souhaitent pas être pris en charge par un professionnel de santé (niveau de preuve 1).
- Deux revues de la littérature montraient que **l'assistance téléphonique** est efficace pour l'aide à l'arrêt du tabagisme (niveau de preuve 2). La probabilité d'arrêt semble d'autant plus grande que l'assistance est intensive (en termes de nombre d'appels) (niveau de preuve 2).
- Une revue de la littérature suggérait un effet sur l'abstinence à long terme des **interventions via le téléphone portable** (niveau de preuve 3).
- Le bénéfice de **l'acupuncture**, de **l'hypnose** et de **l'activité physique** dans l'aide à l'arrêt du tabac est suggéré mais n'est pas établi.
- Il n'y avait pas de preuve de l'efficacité des interventions psychosociales de **soutien du partenaire** du fumeur pour l'arrêt du tabagisme.
- Il n'y avait pas de preuve de l'efficacité des **interventions via Internet** en complément d'un traitement pharmacologique.
- Il n'y avait pas de preuve de l'efficacité des **méthodes aversives** dans l'aide à l'arrêt du tabagisme. Ces méthodes présentent par ailleurs des effets indésirables avérés, propres à leur principe.

Source : Arrêt de la consommation de tabac (Méthode Recommandations pour la pratique clinique) : HAS, 2014

Figure 18 : Synthèse des recommandations HAS sur les traitements non médicamenteux dans l'arrêt du tabac

Bien entendu, les méthodes pharmacologiques et non-pharmacologiques forment un ensemble indispensable pour mener à bien, et de manière durable, un arrêt du tabac. Le gold standard actuel est l'association de TSN avec un suivi psychologique et comportemental. Dans le sevrage du tabac, l'accompagnement psychologique à travers une relation thérapeutique par un professionnel de santé est la base de la prise en charge du patient. L'aide par un professionnel (médecin, infirmier, psychologue, etc.) est toujours efficace. Un fumeur recevant un accompagnement dans son sevrage et voulant arrêter aura plus de chances d'y parvenir que celui voulant arrêter sans aide.

Il existe une relation linéaire positive entre l'intensité de la prise en charge psychologique (durée et nombre de contact) et le taux d'arrêt du tabac (183).

Les interventions complètes associant plusieurs outils augmentent les chances de l'arrêt par rapport à l'absence d'intervention ou à une intervention minimale. Il est recommandé d'utiliser des techniques issues des entretiens motivationnels, que ce soit dans la phase de préparation ou au cours du suivi afin de soutenir la motivation. Et une fois l'arrêt instauré, la prise en charge va s'axer autour de la prévention des rechutes.

Les groupes de travail successifs continuent d'insister sur le médecin généraliste qui a une fonction spécifique. Sa position privilégiée dans le réseau de soins nécessite un accès à des compétences et outils propres à sa fonction. Il doit être en mesure de développer un accompagnement psychologique efficace et de savoir trouver les relais nécessaires aux moments opportuns. Ce qui implique un réseau de soins fonctionnel et ubiquitaire.

I.2.6. Le sevrage du tabac

Un sevrage peut intervenir lors d'un arrêt brutal mais également lors d'une diminution. Selon le DSM-5 (179) le **sevrage du tabac** se caractérise ainsi :

- A. « Usage quotidien de tabac pendant au moins plusieurs semaines.
- B. Arrêt brutal de la consommation, ou réduction de la quantité de tabac utilisée, suivi, dans les 24h, d'au moins quatre des signes ou symptômes suivants :
 1. Irritabilité, frustration ou colère.
 2. Anxiété.
 3. Difficulté de concentration.
 4. Augmentation de l'appétit.
 5. Fébrilité.
 6. Humeur dépressive.
 7. Insomnie.
- C. Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les signes ou symptômes ne sont pas imputables à une affection médicale, et ne sont mieux expliqués par un autre trouble mental dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

Le sevrage peut être décrit comme :

En rémission précoce : Après que tous les critères du trouble de l'usage du tabac aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été pendant au moins trois mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A.4. « Envie impérieuse (craving), ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser du tabac », qui peut être présent).

En rémission prolongée : Après que tous les critères du trouble de l'usage du tabac aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été pendant à aucun moment pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A.4. « Envie impérieuse (craving), ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser du tabac », qui peut être présent).

Il faut spécifier si :

- . Sous traitement de maintien : Le sujet prend un traitement au long cours d'aide au maintien du sevrage du tabac, tel qu'un traitement de substitution nicotinique, et aucun critère du trouble de l'usage du tabac n'est présent pour cette classe thérapeutique (à l'exception de la tolérance ou du sevrage du traitement de substitution nicotinique).
- . En environnement protégé : Cette spécification supplémentaire est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès au tabac est limité. »

Bien entendu, le but ultime est l'abstinence totale et définitive, car même une cigarette par jour majore considérablement les risques de survenue de complications liées au tabac pour le fumeur comme pour son entourage.

Nous nous intéressons dans le travail présenté ici au sevrage en tabac, et plus exactement au syndrome de sevrage tabagique. Le sevrage est à différencier de l'abstinence car il se peut que le fumeur consomme toujours du tabac, y compris pendant un sevrage. L'abstinence au tabac est l'absence de consommation de tabac que l'on peut appeler : arrêt du tabac. Bien entendu un arrêt du tabac peut entraîner un syndrome de sevrage tabagique, mais une diminution du tabac peut également entraîner ce syndrome. Nous pouvons ainsi avoir un syndrome de sevrage en tabac sans arrêter le tabac et donc sans être abstinent. Il est également possible d'être abstinent sans avoir de syndrome de sevrage en tabac lorsque celui-ci est en rémission. Il est fréquent de retrouver l'amalgame entre l'arrêt du tabac (abstinence) et le sevrage du tabac (syndrome de sevrage tabagique). Nous nous efforcerons de distinguer le mieux possible ces différentes notions dans les pages qui suivent.

Le syndrome de sevrage en tabac peut être accompagné par des méthodes d'aide au sevrage pour limiter les symptômes d'inconforts et éviter une rechute ou une reprise de la consommation initiale. Le syndrome de sevrage en tabac physique dure en moyenne moins d'un mois et demi alors que sa part psychologique, notamment le craving, persiste plus longtemps (234). Le syndrome de sevrage tabagique peut également s'arrêter lors d'une reprise suffisante pour l'organisme de la consommation de tabac ou lors d'une rechute avec une consommation suffisante pour tarir les symptômes de manque en tabac si le sujet était abstinent.

D'une manière générale, dans notre étude lorsque nous faisons référence au sevrage en tabac cela implique le syndrome de sevrage tabagique.

1.2.6.1. L'arrêt du tabac

L'âge moyen à l'arrêt du tabac parmi les ex-fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans est de 36,7 ans en 2010 (38,2 chez les hommes et 34,3 chez les femmes) (186). La proportion

Tableau 7 : Facteurs associés à l'arrêt dans les cinq dernières années parmi les fumeurs réguliers (N = 7204)

	n	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Hommes (réf.)	3616	15,0	1	
Femmes	3629	13,9	0,9	[0,8 ; 1,1]
Âge				

15-44 ans (réf.)	4248	13,3	1	
45-64 ans	2598	15,0	1,7***	[1,4 ; 2,1]
65-85 ans	399	24,9	2,9***	[2,0 ; 4,2]
Diplôme le plus élevé				

Aucun diplôme (réf.)	718	10,2	1	
Inférieur au bac	3081	13,3	1,2	[0,9 ; 1,5]
Bac	1345	14,2	1,1	[0,8 ; 1,4]
Supérieur au bac	2101	21,7	1,5*	[1,1 ; 2,0]
Revenu mensuel par UC				

Moins de 1100 euros (réf.)	2177	10,6	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	2764	14,1	1,2	[1,0 ; 1,4]
1800 euros et plus	1964	21,1	1,6***	[1,3 ; 2,0]
Manquant	340	14,5	1,4	[1,0 ; 1,9]
Situation professionnelle				

Travail (réf.)	4992	15,1	1	
Chômage	806	7,9	0,7**	[0,5 ; 0,9]
Inactivité	1443	16,7	1,1	[0,9 ; 1,3]
PCS individu ou chef de famille				

Agriculteurs exploitants	79	22,4	2,2**	[1,2 ; 3,9]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	417	14,1	1,2	[0,9 ; 1,7]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1076	23,9	1,6***	[1,2 ; 2,1]
Professions intermédiaires	1873	18,1	1,6***	[1,2 ; 1,9]
Employés	2003	12,4	1,2	[1,0 ; 1,5]
Ouvriers (réf.)	1757	10,0	1	
Durée du tabagisme régulier				

10 ans ou moins (réf.)	1227	16,0	1	
De 10 à 20 ans	2240	14,9	0,8*	[0,6 ; 0,9]
De 20 à 30 ans	1899	13,2	0,5***	[0,4 ; 0,6]
Plus de 30 ans	1879	14,4	0,4***	[0,3 ; 0,5]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

d'ex-fumeurs augmente avec l'âge jusqu'à 85 ans chez les hommes et jusqu'à 64 ans chez les femmes. Ce décalage peut s'expliquer par un effet de génération. Les arrêts « réussis » du tabac entre 2005 et 2010 sont plus fréquents parmi les personnes se situant dans la classe d'âge des 65-85 ans, celles ayant un diplôme supérieur au baccalauréat par rapport aux personnes avec aucun diplôme (21,7 % contre 10,2 %, $p < 0.001$), celles dont le niveau de revenu est le plus élevé et parmi celles qui ont un travail actif (cf. tableau 7). Là aussi, les professions dites « supérieures » ont des chiffres avantageux. Le sexe n'influence a priori pas le taux de réussite d'un sevrage ni l'ancienneté du tabagisme.

Selon les données de l'INPES (165,167), parmi les fumeurs réguliers de 15 à 75 ans, 70,7 % ont déjà arrêté de fumer volontairement pendant au moins une semaine. Ce taux est similaire à celui de 2010 (69,3 %). La proportion de fumeurs réguliers ayant fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine dans l'année est de 25,1 % en 2010, 29 % en 2014 (hausse plus marquée chez les 15-24 ans) et 24 % en 2016. En 2017 ce pourcentage est à 26,3 % et signe une hausse significative par rapport à 2016 ($p < 0.05$) tout en restant inférieur aux années précédentes.

Il est intéressant de voir les facteurs associés aux tentatives. Nous constatons en 2010 que les hommes ont plus souvent déclaré avoir tenté un arrêt du tabac dans les douze derniers mois. Les tentatives d'arrêt semblent également s'essouffler avec la montée en âge, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes. Après ajustement des variables il n'y a quasiment aucune différence significative entre les tentatives d'arrêt et le niveau de diplôme, le statut d'activité ou le niveau de revenu comparé aux arrêts « réussis » du tabac. Nous constatons donc que la réussite du sevrage tabagique est largement influencée selon le niveau socio-économique et que la propension des personnes à essayer d'arrêter de fumer se révèle relativement homogène parmi les classes sociales (cf. tableau 8).

Tableau 8 : Facteurs associés aux tentatives d'arrêt dans l'année et dans les cinq dernières années parmi les fumeurs réguliers (N = 6908)

	N	Tentative d'arrêt dans l'année			Tentative d'arrêt dans les 5 ans		
		%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe		**					
Hommes (réf.)	3484	26,6	1		51,5	1	
Femmes	3471	23,4	0,9*	[0,8 ; 1,0]	50,2	1,0	[0,9 ; 1,1]
Âge		***			***		
15-25 ans (réf.)	1193	39,7	1		56,7	1	
26-44 ans	3222	24,0	0,5***	[0,4 ; 0,6]	53,2	0,8***	[0,7 ; 0,9]
45-64 ans	2226	17,8	0,3***	[0,3 ; 0,4]	44,9	0,5***	[0,5 ; 0,6]
65-85 ans	314	19,7	0,3***	[0,2 ; 0,4]	40,2	0,4***	[0,3 ; 0,5]
Diplôme le plus élevé		**			**		
Aucun diplôme (réf.)	746	25,5	1		49,1	1	
Inférieur au bac	3062	22,8	0,9	[0,7 ; 1,1]	48,8	1,0	[0,8 ; 1,1]
Bac	1361	27,7	1,0	[0,8 ; 1,2]	54,1	1,0	[0,8 ; 1,2]
Supérieur au bac	1786	27,8	1,1	[0,9 ; 1,4]	54,9	1,1	[0,9 ; 1,4]
Revenu mensuel par UC							
Moins de 1100 euros (réf.)	2313	25,1	1		50,3	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	2590	25,4	1,1	[0,9 ; 1,2]	52,8	1,0	[0,9 ; 1,2]
1800 euros et plus	1666	23,6	0,9	[0,8 ; 1,1]	50,4	0,9	[0,8 ; 1,1]
Manquant	386	28,1	1,1	[0,8 ; 1,4]	45,9	0,8	[0,7 ; 1,0]
Situation professionnelle		***					
Travail (réf.)	4487	23,7	1		52,1	1	
Chômage	832	24,0	0,9	[0,7 ; 1,1]	50,5	0,9	[0,8 ; 1,1]
Inactivité	1632	29,5	1,2	[1,0 ; 1,4]	47,9	0,9	[0,8 ; 1,0]
PCS individu ou chef de famille		*					
Agriculteurs exploitants	68	17,8	0,7	[0,3 ; 1,3]	38,1	0,7	[0,4 ; 1,2]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	407	27,9	1,2	[0,9 ; 1,5]	54,9	1,3*	[1,0 ; 1,6]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	958	29,1	1,2	[1,0 ; 1,5]	55,1	1,3*	[1,1 ; 1,5]
Professions intermédiaires	1704	25,2	1,1	[1,0 ; 1,4]	52,2	1,2*	[1,0 ; 1,4]
Employés	1968	23,9	1,1	[0,9 ; 1,3]	49,5	1,0	[0,9 ; 1,2]
Ouvriers (réf.)	1805	24,4	1		49,3	1	

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

La durée des tentatives d'arrêt ne dépassent pas trois mois la moitié du temps chez les femmes et chez les hommes. En outre, la grande majorité (80,8 %) rechute à un an ou plus. A noter que les durées d'arrêt comprises entre 4 mois et 5 ans sont légèrement supérieures chez la femme. Cette tendance c'est possiblement amélioré en raison d'une meilleure information et prise en charge du sevrage tabagique autour de la périnatalité et de la grossesse ces dernières années.

I.2.6.2. Les envies d'arrêt du tabac

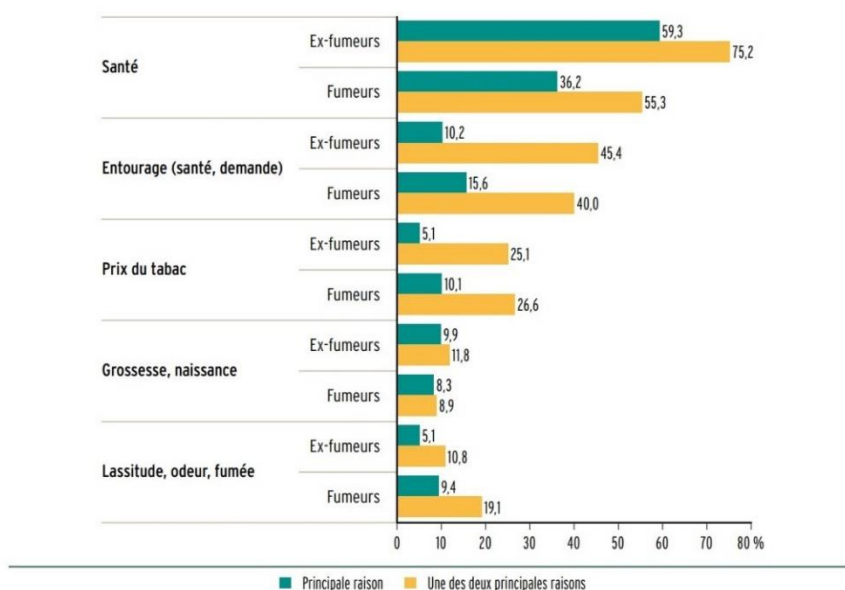
La proportion de fumeurs réguliers déclarant avoir envie d'arrêter de fumer n'a pas varié de manière significative dans les Baromètres santé en France (56,7 % en 2017) et est sensiblement identique aux 60% des données de la littérature sur le plan international (157–159,165). La proportion de fumeurs occasionnels déclarant avoir envie d'arrêter de fumer est nettement plus faible (41,7 %). Cette motivation d'arrêter de fumer est équitable entre les femmes et les hommes en France sur le Baromètre santé de 2014 alors qu'en 2010 les hommes déclaraient plus souvent avoir envie d'arrêter de fumer que les femmes (tout comme avoir tenté d'arrêter). En 2017, 10,3 % des fumeurs réguliers interrogés déclaraient avoir envie de se sevrer en tabac dans le mois à venir, contre 14,5 % dans les six prochaines mois à venir, 5,1 % dans l'année à venir et 26,9 % dans un avenir non déterminé.

Cette envie reste indépendante du niveau de diplôme, du niveau de revenu ou de la situation professionnelle et le lien avec l'âge disparaît quand nous considérons le projet d'arrêter de fumer dans les six mois ou dans le mois à venir (167). Donc la motivation à l'arrêt est comme les tentatives d'arrêt, non dépendante du niveau socio-économique.

Ces résultats reflètent une vision globale, car dans la littérature nous pouvons retrouver quelques nuances selon les études, par exemple l'analyse du Baromètre de l'INPES de 2010 affichait une différence entre les personnes n'ayant aucun diplôme par rapport à toutes les autres catégories sur l'envie d'arrêter de fumer. Cette différence significative en 2010 s'est adoucie par la suite, actuellement elle est négligeable. De manière générale 33,9 % des fumeurs réguliers déclarent avoir envie d'arrêter qui ont fait une tentative d'arrêt dans l'année selon les plus récents chiffres présents dans la littérature. Trois fumeurs sur quatre ont déjà essayé d'arrêter, en moyenne près de quatre fois. Concernant ceux qui n'ont pas envie d'arrêter, nous nous apercevons que plus d'un sur cinq (22,2 %) a pourtant fait une tentative d'arrêt dans l'année. Ce fait intéressant concerne notamment la tranche d'âge des 15-24 ans (44,0 %).

La santé est le principal levier d'incitation pour un arrêt du tabac (186). La triade santé, entourage et prix se retrouve systématiquement que ce soit chez les hommes ou les femmes, chez les fumeurs ou ex-fumeurs et sur les données plus récentes que 2010 (cf. figure 19). Les sujets jeunes se sentent surtout concernés par le prix et les risques sur la santé.

Parmi les fumeurs réguliers, 19,3 % des fumeurs ayant fait au moins une tentative d'arrêt du tabac qui considèrent que les campagnes contre le tabac ont eu une influence sur leur décision. Ce chiffre est relativement constant depuis dix ans et dans chaque pays (235). La stratégie britannique de la lutte contre le tabac met en avant le rôle indispensable des campagnes médiatiques à toute réduction de la prévalence tabagique. Cette influence médiatique ne diffère pas significativement selon le sexe et l'âge.



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Figure 19 : Motifs d'arrêt parmi les fumeurs ayant arrêté ou essayé d'arrêter dans les cinq dernières années

I.2.6.3. Les moyens pour arrêter de fumer

En 2010, le Baromètre de la santé estimait à 37,4 % le pourcentage de fumeurs réguliers envisageant d'arrêter de fumer avec l'aide d'un médecin au cours de l'année à venir. Les femmes sont plus nombreuses à déclarer vouloir arrêter avec l'aide d'un professionnel (47,0 % contre 30,4 %, $p < 0,01$). Ces chiffres ne sont pas influencés par le niveau de diplôme, le revenu par UC ou la situation professionnelle.

Une fine majorité, 55,3 %, souhaite arrêter radicalement alors que les 44,7 % restant envisagent une réduction progressive de leur consommation, sans différence selon le sexe. Le mode d'arrêt est quant à lui influencé par les caractéristiques socioéconomiques. En effet, les moins favorisés souhaitent plus s'arrêter progressivement. Parmi les fumeurs réguliers ayant le projet d'arrêter de fumer dans les douze mois, un peu moins de la majorité pensent s'aider d'un traitement médicamenteux avec 29,6 % envisageant d'arrêter de fumer avec un patch antitabac.

I.2.6.4. Le sentiment d'information sur la problématique du tabac

La moitié de la population des 15-85 ans se dit « très bien » informée. Parmi les 15-75 ans, la quasi-totalité de la population se dit « bien » informée en 2010. Nous constatons cependant un écart assez important chez les ouvriers, les faibles revenus et faibles niveaux d'études qui s'estiment mal informés sur le tabac.

Point important également, c'est l'évolution générationnelle de la représentation sociale de la cigarette. En effet, le tabac se « dénormalise » peu à peu. Par exemple, il n'est plus donné en cadeau par l'état ou il n'y est plus toléré en espace collectif. Cette avancée positive soulève tout de même un versant que nous pourrions qualifier de « pervers ». Les fumeurs se retrouvent stigmatisés d'une certaine manière, et bien qu'efficace sur un certain nombre de fumeurs réguliers pour motiver à l'arrêt de cette substance, cette stigmatisation peut enclaver le fumeur dans une sorte de syndrome d'auto-exclusion. Ce fossé grandissant entre fumeur et non-fumeur s'exprime principalement sur leurs désaccords concernant les taxes sur le tabac

(167,186). Cette vision incisive, possiblement maladroite chez certains non-fumeurs, peut également questionner sur un manque de connaissance ou un manque d'empathie de l'addiction au tabac encore trop souvent considérée comme une simple habitude et pas comme une réelle addiction avec tout ce que cela implique. D'autant plus que plus d'un quart des fumeurs le vivent comme un échec quotidien. Ainsi, cette opinion dépréciative grandissante dans l'attitude des non ou ex-fumeurs peut majorer les difficultés éprouvées au quotidien par les fumeurs, notamment ceux en situation de précarité. Sans oublier que cela peut rendre plus complexe le changement identitaire de fumeur à ex-fumeur.

I.2.6.5. Les facteurs prédictifs de l'arrêt du tabac

Les facteurs les plus prédictifs d'arrêt du tabac d'après les rapports de l'INSERM sont « un haut niveau d'éducation ou socio-économique, une faible consommation de cigarettes, l'absence d'entourage fumeur, une faible consommation d'alcool, un âge de début de tabagisme tardif, une durée de tabagisme brève, un long délai entre l'éveil et la première cigarette, une forte motivation à l'arrêt ». Ils rajoutent que « des facteurs tels que le sexe, l'âge, la vie en couple, un indice de masse corporelle élevé ou l'existence d'une maladie liée au tabac ont une relation moins claire avec le taux de succès. Enfin, la connaissance des effets du tabagisme sur la santé ne semble pas avoir de lien avec l'arrêt du tabac » (178). Nous n'allons pas plus détailler ces facteurs étant donné que nous nous intéressons spécifiquement au syndrome de sevrage tabagique et non pas à sa rémission prolongée ou à l'abstinence.

I.2.6.6. Le sevrage tabagique en lui-même

La relation de l'individu avec le tabac et son environnement est vaste. Ce qui fait que le traitement du sevrage tabagique repose sur un système dynamique complexe (236). Le syndrome de sevrage tabagique va se traduire par des symptômes désagréables (irritabilité, tristesse, fatigue...). Ces éléments vont motiver la reprise de la substance en dépit de la motivation d'arrêt de celle-ci pour retrouver un fonctionnement de vie confortable (159,237,238). Une personne est dépendante lorsqu'elle ne peut plus se passer de consommer, l'évitement des symptômes de sevrage en est une raison.

Près de 80% des fumeurs rechutent après un arrêt du tabac dans l'année. Pour autant, l'utilisation d'une thérapeutique pour arrêter de fumer est envisagée par seulement 43% des fumeurs (157,169). La dépendance physique au tabac est très intense. Elle est due essentiellement à la nicotine présente dans le tabac. Elle se traduit par une sensation de manque. Mais l'addiction ne se limite pas aux besoins physiques. Quand nous sommes fumeur, la cigarette est un moyen de se faire plaisir, de gérer son stress ou son anxiété, de surmonter ses émotions, de se stimuler, de se concentrer, etc. C'est la dépendance psychique. Il s'y associe également la dépendance environnementale ou comportementale, qui dépend de la pression sociale et conviviale. C'est l'intrication de ces trois dimensions de dépendance qui rend le sevrage difficile et limite l'action des méthodes d'aide au sevrage tabagique qui n'apaisent bien souvent qu'une dimension. Par exemple les TSN vont agir uniquement sur la dépendance physique. C'est pourquoi les recommandations actuelles dans le sevrage tabagiques insistent sur le fait d'associer plusieurs thérapeutiques tel que l'association des TSN avec des psychothérapies comportementales ou l'association des TSN avec les entretiens motivationnels. Malgré cela, l'efficacité dans l'aide au sevrage tabagique est limitée.

Les symptômes subis par le fumeur pendant le sevrage conditionnent négativement l'expérience du sevrage et précipitent la rechute à court terme (159,239). Ces symptômes de

sevrage sont à l'origine d'une instabilité globale. Cette même instabilité est un facteur limitant l'abstinence et la motivation pour un prochain arrêt (240). Cette notion était méconnue il y a 30 ans, en effet l'intensité du syndrome de sevrage n'était pas un critère péjoratif majeur (241). De plus en plus d'auteurs orientent la qualité du sevrage non pas comme une abstinence obtenue le plus rapidement mais comme un processus dynamique dont l'intensité des symptômes va conditionner l'évolution future de l'abstinence dans la durée (242). Le renforcement négatif des expériences de sevrage est la cible des nouvelles avancées dans la lutte antitabac (159). Ces symptômes de sevrage vont également diminuer la perception du fumeur en sa capacité de pouvoir réussir un sevrage total en tabac et rester abstinent (236,243).

L'efficacité des traitements et interventions médicale se traduira par la réduction de la fatigue et des éléments négatifs du sevrage (244). C'est pourquoi le syndrome de sevrage tabagique est de plus en plus étudié (245). Il est étudié comme le syndrome essentiel dans un système dynamique qui évolue le long des tentatives de sevrage (236,246). La fatigabilité est très étudiée comme entité distincte depuis peu dans le sevrage tabagique et des liens étroits semblent se dégager entre celle-ci et le syndrome de sevrage tabagique (245,247). Cette fatigabilité qui tend vers la perte de plaisirs, semble associée au craving et effets négatifs perçus pendant le sevrage. Les traitements médicamenteux réduisent cette fatigabilité mais d'autres études sont nécessaire pour affiner les liens de causalité (243).

Des recherches sont en cours pour permettre de limiter l'intensité des syndromes de sevrage tabagique afin d'améliorer les chances d'abstinence (248). De récentes recherches orientent dans ce même sens en appuyant sur la qualité du sevrage comme moteur principal de l'adhésion aux soins et de la poursuite des tentatives future de sevrage (249–251).

Certains symptômes de sevrage sont connus pour précipiter une éventuelle rechute. Le craving est le principal facteur de rechute (239). Le craving, l'anxiété et irritabilité sont les symptômes majeurs dans les 20 premiers jours du sevrage (157,252). Le craving et l'humeur dépressive qui ont été significativement imputables aux rechutes (157). Plusieurs facteurs prédictifs de rechute ont été caractérisés à partir de cohortes de sujets ayant fait une tentative d'arrêt : le sexe féminin, une dépendance forte au test de Fagerström, une tendance anxieuse ou dépressive et une consommation excessive d'alcool ou une consommation d'autres substances psychoactives (251,253–255). Les symptômes de manque sont les premiers en cause dans les échecs d'arrêt du tabac. Ils peuvent être améliorés par un traitement de substitution nicotinique. Ce tableau est dominé par un craving intense au tabac. Les liens sont multiples entre l'humeur dépressive, l'anxiété et l'intensité du syndrome de sevrage, cette triade va être vécue de manière unique selon les individus et créer une charge émotionnelle qui fera le lie du souvenir de cette tentative de sevrage (252).

La majorité des fumeurs ont rapidement après leur dernière cigarette un syndrome de sevrage tabagique typique. Mais plus d'un tiers des fumeurs décrivent des symptômes négatifs de sevrage très intenses. Cette différence est liée aux caractéristiques de chaque patient et aux différents échecs de sevrage (246).

Les rechutes sont plus fréquentes dans les premiers jours d'arrêt mais beaucoup de fumeur reprennent la cigarette dans les mois ou années suivant le sevrage (250,256). Les symptômes de sevrage sont directement liés au maintien de l'abstinence et sont donc une cible de traitement à privilégier (244,257,258).

La HAS souligne en 2013 que l'accompagnement psychologique est la base de la prise en charge du patient. Chez les patients moyennement ou fortement dépendants, il est recommandé de proposer un traitement médicamenteux. Les TSN sont le traitement médicamenteux de première intention. Les traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes. Les traitements médicamenteux sont plus efficaces quand ils sont associés à un accompagnement par un professionnel et le traitement doit toujours être envisagé dans le cadre d'une décision partagée avec le patient.

L'arrêt permet de se libérer de la dépendance du tabac. Si la dépendance physique disparaît en moyenne en quelques semaines, la dépendance psychique est plus lente à s'estomper. La vulnérabilité au tabac s'atténue très lentement. Dans tous les cas, même plusieurs années d'abstinence, fumer une cigarette expose à une reprise du tabagisme.

I.2.7. La réduction des risques et des dommages

La consommation de substance psychoactive est une cause majeure de souffrance sociales, mentales et physiques, de violence et de délinquance. Les actes de violence liés à la consommation ces substances ne concernent pas seulement le consommateur lors de conduites à risques. Ces produits sont également la cause de dommages causés à autrui (criminalité, violences, accidents de la voie publique, etc.). Les actions de réduction des risques s'opèrent donc sur l'ensemble de la population.

La discordance est importante entre la dangerosité réelle d'un produit et celle évaluée scientifiquement. Par exemple, l'alcool est un produit entraînant des dommages sociaux et sanitaires majeurs. Au-delà de ses dommages individuels sur la santé, ses conséquences sur les accidents de la route, les risques de violences, ou bien les ruptures sociales dans le schéma familial sont plus importantes que le cannabis qui est décrit comme plus néfaste par les experts. Dans ce raisonnement il est primordial de tenir compte des aspects culturels, car si cet exemple sur l'alcool est particulièrement vrai chez nous, mais il ne le sera pas dans un pays comme l'Ouzbékistan. La confusion a longtemps persisté entre dépendance et dommages. Les dommages sont majoritairement liés aux conduites à risque. Pour reprendre l'exemple de l'alcool, les sujets dépendants ne représentent qu'un tiers de la mortalité routière induite par l'alcool, les deux tiers restants sont liés aux consommations à risque et abus. La dépendance au tabac est peu affectée par ce hiatus de la gravité de conduites et des dommages hors dépendance. Le tabac cause principalement des dommages sur la santé. Cet aparté permet de souligner la nécessité d'intégrer dans le champ de l'addiction les pratiques à risque et leur prévention en santé publique au même titre que la dépendance. Car l'addiction sévère et sa dépendance s'installent par la répétition des usages à risque.

La tabacologie a été la dernière discipline addictologique à investir la notion de réduction des risques (259). C'est dans le champ des troubles de l'usage de produits injectables comme l'héroïne que cette politique s'est tout d'abord développée. Les traitements de substitution, les programmes d'échange de seringue, et plus récemment les salles d'injection font partie de cet ensemble dynamique de réduction des risques et des dommages (RdRD). Le concept de « consommation contrôlée » est abordé depuis de nombreuses années, excepté pour le tabac. Cette récente évolution de la vision de l'arrêt du tabac est concomitante à l'effacement progressif d'une vision hiérarchique dans la dangerosité des substances psychoactives.

L'objectif principal de l'aide à l'arrêt du tabac est l'abstinence totale. Et à la différence de l'alcool qui semble avoir quelques propriétés bénéfiques lors de consommation sporadiques en faibles quantités, le tabac n'a pas de seuil minimal. Seul quelques rares maladies comme la rectocolite hémorragique ont mis en avant le tabac comme un possible facteur protecteur. Pour autant il n'est jamais conseillé en raison de ses risques sur la santé largement supérieurs aux bénéfices escomptés de sa protection sur une pathologie spécifique. Dans tous les cas le tabac est néfaste pour la santé. Le tabac n'a pas non plus de risques de dommages importants liés à un usage nocif ou une consommation chronique. Son potentiel dommageable principal est celui des complications somatiques pour le fumeur. De plus, comme avec un trouble de l'usage de la cocaïne, chaque saut de prise est une souffrance en moins pour le cœur et une mise en danger supplémentaire évitée (troubles du comportement, rixes, accidents de la voie publique, etc.). Pour le trouble de l'usage du tabac les choses sont moins évidentes. En effet, les gains sur la santé sont noyés dans la poursuite du tabagisme actif et la poursuite d'une consommation n'interfère quasiment pas avec le fonctionnement en société. Sans oublier les phénomènes compensatoires (absorption plus grande de la fumée) pour maintenir un taux de nicotine constant. Le résultat global d'une démarche de RdRD est alors peu concluant. Ces raisons expliquent en partie le désintérêt de démarche de RdRD dans la lutte antitabac.

Pour autant, son sevrage est laborieux et son arrêt brutal peut s'avérer non adapté pour certains patients. Une réduction des consommations permet une expérimentation des moments sans substances, de renforcer la motivation et adoucir le « choc » mental et physique du sevrage.

De multiples questions sont donc en suspens ; le fait de savoir quel degré de diminution fait émerger des bénéfices, si la réduction peut s'accompagner d'un recours à des substituts nicotiques pour limiter les phénomènes compensatoires, si cette démarche est efficace pour une abstinence durable par la suite... ?

À l'instar des autres substances, aborder la diminution du tabagisme dans un projet d'arrêt a des effets bénéfiques pour une démarche ultérieure vers une abstinence définitive. La réduction de la consommation permet au fumeur d'expérimenter de nouvelles approches qui peuvent être un moteur de changement. Elle permet aussi le développement du contrôle et l'intégration progressive des nouvelles restrictions nouvelles en matière de tabagisme (espaces professionnels, bars, espaces publics...) (260).

La stratégie RdRD peut être utile chez certains patients ne souhaitant pas ou n'arrivant pas à arrêter. Il est cependant nécessaire de garder à l'esprit que c'est une étape intermédiaire transitionnelle vers l'abstinence de nicotine. C'est pourquoi il est recommandé que la démarche de « consommation contrôlée » soit accompagnée d'un soutien thérapeutique par un professionnel de santé (183). Les TSN peuvent être utilisés comme un substitut partiel ou total du tabac, à court ou à long terme (le spray buccal qui nécessite une prescription temporaire et un arrêt total de tabac). Il est toujours préférable de tenter une diminution, si possible avec les TSN, afin de réduire son niveau de consommation et le risque de phénomène de compensation plutôt que de continuer à fumer les mêmes quantités. Une stratégie de réduction de la consommation avec des TSN semblerait aussi efficace qu'un arrêt brutal avec des TSN sur l'abstinence à un an (niveau de preuve 2). La consommation contrôlée semble donc efficace, avec les mêmes traitements et interventions psychologiques recommandées en première intention, à condition d'avoir un projet d'arrêt et pas une simple diminution sans objectif. A noter qu'à ce jour, aucune étude ne s'est prononcée sur l'efficacité des cigarettes

électroniques pour aider les personnes à diminuer leur consommation avant d'arrêter de fumer.

Le peu de réflexion globale sur la question peut aussi s'expliquer en partie par l'absence de représentants des fumeurs dans le débat contrairement aux associations de malades. Le statut « légal » du tabac et l'implication du « libre choix » enclavent également la pathologie addictive dans sa représentation sociale « conséquence méritée ». A titre d'exemple, l'alcool qui est légal aussi est plus considéré comme un produit addictologique que le tabac. Ce qui montre l'importance des actions publiques de sensibilisation et de déstigmatisation. Un risque potentiel est également de « dédramatiser » les risques sur le tabac. Si l'opinion s'empare du fait que moins fumer est « moins » dangereux il peut facilement dériver vers « pas » dangereux. C'est un virage délicat que de montrer à la population que la vision archaïque de l'addiction est aussi tombée en tabacologie et qu'il existe plusieurs manières d'aborder un projet d'abstinence. De manière que chacun puisse y trouver son compte sans pour autant abaisser le seuil de vigilance sur les méfaits du tabac, y compris à faible dose.

Les débats autour de la RdRD relient l'éthique et visions politiques. Certains auteurs expliquent que compte tenu du nombre croissant de fumeurs dans le monde et de l'incapacité récurrente des fumeurs à renoncer de manière satisfaisante aux méfaits que représente la fumée de cigarette, l'utilisation du tabac par voie orale au lieu de fumer pour réduire les méfaits du tabac mérite d'être évaluée. Dans le sens qu'il pourrait être utile d'avoir des choix politiques incitant vers certains types de consommation du tabac qui auraient moins d'impact épidémiologiques. Les pays tels que la Suède ou la Norvège, consomment largement le snus et les ventes ont augmenté dans ce pays depuis que la législation s'est renforcée sur la vente de cigarette. La prévalence du cancer du poumon est plus basse que les autres pays et les données épidémiologiques semblent meilleures (même si le snus augmente significativement le risque de cancer du pancréas et que les risques cardiovasculaires sont proches du tabac à fumer). La motivation des auteurs, qui proposent d'étudier sérieusement une réduction des risques par une sollicitation de méthode de consommation tabagique, est de faire réagir. Une réaction s'avère nécessaire selon eux afin d'aborder d'autres visions sur les ressources nécessaires en matière de lutte antitabac et de prendre du recul sur cet ensemble dynamique représenté par : le statut de la nicotine dans la société, l'absence de fumeurs du débat, la réticence du lobby anti-tabac traditionnel envers l'approche de réduction des risques, le manque d'informations diffusées à la population et aux politiciens, le rôle des médecins, l'avenir de la recherche en ressources humaines et le rôle des compagnies de tabac (261). Car la RdRD ne représente pas une simple diminution. C'est une manière d'aborder l'addiction différente qui implique plusieurs acteurs et à différents niveaux.

D'autant plus qu'il serait déraisonnable d'envisager une abstinence pour tout le monde, au risque d'une moindre efficacité, alors que dans les années à venir il sera nécessaire d'avoir d'autres armes pour limiter les méfaits du tabac sur la société étant donné que la démographie va plus vite que la stabilisation de la prévalence au tabac même avec des mesures de lutte antitabac renforcées.

Est-il plus éthique d'encourager d'autres méthodes de consommations auprès des fumeurs au titre d'une réduction de risque et des dommages, plutôt que de les enclaver dans leurs résistances à changer et les blâmer pour leur manque de volonté ?

En plus des stratégies pouvant se mettre en place individuellement dans une démarche de RdRD, les industries pharmacologiques peuvent également intervenir sur la modification

des comportements de consommation en modifiant les teneurs en nicotine ou en améliorant les produits nicotiques concurrentiels de la cigarette comme les inhalateurs. Ce projet serait plus intéressant que le snus, qui malgré l'exemple cité ci-dessus, n'est pas à cautionner.

Cette démarche, non lucrative initialement, pourrait s'appuyer sur l'état. Il serait fort utile d'avoir des produits nicotiques plus attrayants et autorisés, capables de concurrencer les cigarettes de manière sensorielle, pharmacologique et comportementale. Cette vision est de plus en plus partagée. Les produits de thérapie de remplacement de la nicotine sont connus de longue date et ont un bon profil d'innocuité, même sur plusieurs années. L'impact serait important sur la santé publique si les fumeurs passaient de la cigarette à un produit nicotinique pouvant combler les composantes de la dépendance non possible avec les TSN actuels (262).

La RdRD permet également d'éviter une lutte frontale contre la « drogue » et donc une meilleure adhésion aux soins des sujets dépendants. C'est en tout cas ce que nous pouvons imaginer étant donnée l'absence de résultats probants des politiques de santé publique qui se limitent à la prévention primaire et à l'abstinence par des moyens répressifs. Les objectifs prohibitionnistes sont coûteux, peu efficaces et sont parfois délétères. C'est l'exemple typique de la « toxicomanie » où les circuits criminels, les maladies infectieuses et la précarité des patients ont été décuplés avant que les états fassent machine arrière en favorisant l'accès aux soins. Certains pays ont même mis en place des salles de « shoot » permettant une meilleure sensibilisation et une prévention des risques infectieux. La prohibition instaure une représentation erronée de la dangerosité des produits qui surévalue la dangerosité de certaines substances illicites, comme l'héroïne, et sous-évalue la dangerosité des substances licites comme le tabac. Une politique de RdRD permet de limiter les préjugés et la stigmatisation de la pathologie addictive. Cette vision est plus propice au dialogue et replace le patient au centre de son choix. Il est de notre devoir de pouvoir proposer un éventail de choix possible en fonction des attentes et de l'évolution de nos patients pour les accompagner progressivement vers l'arrêt des consommations.

Il n'est pas question de remettre en cause l'interdiction de certaines substances ni d'insuffler l'idée que les addictions doivent être banalisées afin que naturellement les patients arrêtent d'eux-mêmes. Car il est illusoire de croire que la condition humaine va se changer en profondeur et stopper toute recherche de satisfaction immédiate. L'objectif est d'avoir une approche réflexive pour remettre en question les actions dichotomiques menées en santé publique et le côté paradoxal du caractère licite de certaines substances parfois plus nocives. La complexité des déterminants des addictions nécessite une adaptation des idéologies des politiques de santé en accord avec les connaissances actuelles pour une meilleure efficacité de soins, notamment auprès des populations vulnérables.

I.3. Le tabac et l'hypnose

I.3.1. Une possible symbiose ?

L'abord de la dépendance au tabac sous l'angle de la psychiatrie et psychopathologie est un domaine relativement récent et en constant développement.

Dans le processus addictif, les modifications progressives des comportements de consommation ont une temporalité. L'impact hédonique positif va favoriser la poursuite des comportements et des automatismes. Ce conditionnement par des apprentissages successifs perçus comme plaisant va modifier les perceptions. Il s'en suit la fuite des conséquences émotionnelles négatives en cas d'absence du produit qui vont être plus importantes que l'impact positif de l'effet initial recherché. Cette évolution progressive va entraîner une perte de contrôle des consommations durable.

L'addiction sous-entend également un attachement affectif. Les problématiques d'attachement précoces et angoisses de séparation vient facilement se loger dans la pratique addictive. L'addiction est un fonctionnement qui permet de compenser un manque, une souffrance psychique. L'histoire de vie conditionne la résilience et la puissance de l'attachement à la substance en plus des propriétés chimiques du produit. Lors d'une dépendance les consommations vont envahir les corps et l'esprit au détriment des autres activités pratiquées auparavant qui vont s'éteindre peu à peu. S'ajoute une perte de la flexibilité cognitive qui limite les capacités à changer de comportement et altère les dispositions à l'introspection. L'hypnose va permettre d'entendre la souffrance psychique en plus d'apaiser les symptômes et d'agir sur la flexibilité cognitive.

La résistance est le signal pour changer d'attitude. C'est pourquoi l'hypnose peut être un outil intéressant étant donné les différentes approches qu'il peut revêtir. De plus elle permet d'éviter la confrontation (réorientation, recadrage...) grâce à une approche stratégique et orientée vers des solutions. Par exemple, l'hypnothérapeute ne va pas parler d'échecs ou de rechutes mais d'expériences ou d'apprentissages. Sans oublier, la position basse, principe de base de l'hypnothérapeute qui va induire une sécurité supplémentaire par rapport à d'autres techniques d'accompagnement psychologique en évitant de plaider pour le changement qui nous paraît souhaitable pour nous, thérapeute. L'hypnose va également ouvrir de nouveaux points de vue et augmenter le sentiment d'autonomie personnelle (autohypnose).

L'hypnose narrative est intéressante dans les addictions, elle permet d'envelopper le binôme patient/thérapeute dans un espace propice au changement tout en conceptualisant par l'imagination de possibles expériences de sevrage bénéfique. L'hypnose permet à ces jeux d'anticipation et d'imagination de « créer le réel » (69).

L'hypnose est un processus d'amplification de la conscience qui a pour objectif de réorienter positivement avec les compétences propres à chaque patient vers un changement bénéfique. Dans les addictions, la vie semble impossible sans le produit. L'outil hypnotique va permettre une prise de conscience des possibilités de choix par rapport au tabac et replacer le patient dans son libre arbitre. L'hypnose est l'association d'un mécanisme physiologique d'amplification de la conscience et d'un accompagnement psychologique. L'hypnose est donc une approche plus qu'une technique, elle intègre le travail motivationnel d'une manière plus riche et adaptable. Par ailleurs le développement de l'empathie et d'un cadre sécurisant favorise l'expression du patient dans son autonomie et dans le choix du changement. Les principes d'acceptation et changement permettent de ne pas s'opposer frontalement à la

résistance et de considérer le patient comme la source première des réponses et des solutions. Les recadrages sont fondamentaux et vont permettre un questionnement plus profond en ensemençant des suggestions mobilisatrices.

Comme nous l'avons vu, le fonctionnement du trouble de l'usage du tabac est multiple et délétère, c'est finalement un sevrage assez complexe d'une substance trop banalisée. Cette complexité fournit d'autant plus de moyens de réorienter les patients vers un avenir sans tabac. La régression hypnotique permet de travailler sur la psychodynamique de l'addiction et explorer les moments-clefs de son développement, comme sa capacité à être seul par exemple. Cette approche nécessite un certain bagage hypnotique. Dans l'addiction il est nécessaire d'avoir un ensemble de techniques hypnotique pouvant se disséminer petit à petit donnant de multiples prises aux patients. Car bien souvent nous ne savons pas quelle prise va être utilisée par le patient pour aller vers le haut. L'acquisition de compétences particulières en addictologie par l'hypnothérapeute pourra être utile pour tailler sur mesure la résolution du nœud du problème en distinguant les problèmes sous-entendus, qui majoritairement n'ont pas de lien direct avec la substances incriminée lors de sa venue.

D'après plusieurs auteurs et hypnothérapeutes certains principes techniques sont à privilégier. Parmi elles :

- Les suggestions indirectes : de présupposition « êtes-vous déjà allé en transe avant aujourd'hui ? », de négation paradoxale « vous n'avez pas besoin de chercher à vous détendre »...
- Les techniques de renforcement idéatives telles que le truisme (vérité banale universelles non incontestable comme « on se sent quand même mieux quand ça va bien »), le yes-set (principe d'engagement où lorsque nous disons ou pensons oui, nous avons ainsi tendance à poursuivre sur la même voie d'acceptation), saupoudrage...
- L'utilisation du double lien : « pour entrer en transe, vous pouvez garder les yeux ouverts ou les fermer... »
- L'utilisation du non-savoir et la non-action, comme des injonctions paradoxales incitant les patients à ne rien changer pour qu'ils aillent à l'opposé.
- Favoriser les suggestions ouvertes, notamment celles avec un cadre ouvert mobilisateur et flou que le patient va remplir selon ses attentes et ses croyances : « Votre esprit non conscient va mettre en place ... ce qui est favorable... pour mobiliser... vos ressources... et ainsi vous permettre d'avancer... sur ce chemin... qui conduit... au but. »
- L'utilisation des métaphores car elles sont très efficaces et permettent d'éviter de renforcer les défenses des patients et contourner agréablement les résistances éventuelles.

En complément, la démarche hypnotique est une question d'alliance et de dialogue. Cette démarche servira à travailler la notion de plaisir pour la réinvestir dans d'autres comportements qui apportent des satisfactions et travailler la motivation qui ne doit pas s'essouffler à travers le sevrage. L'hypnose procure un certain attrait en dépit de sa faible diffusion et de sa connotation avec l'hypnose de spectacle. Les patients ont souvent une attente positive d'efficacité et associent l'hypnose à un traitement plaisant (263).

L'hypnose va agir sur l'ensemble dynamique complexe entre la personnalité et histoire de vie, potentialisé par l'addiction, pour effacer la place de la dépendance. L'intérêt de l'hypnose est que cette thérapeutique propose une façon différente d'appréhender la maladie, les problématiques et de manière plus générale la vision du monde, sans ésotérisme. C'est un outil comme un autre, pas mieux, pas pire. L'hypnose permet d'avoir une bulle de partage entre deux personnes pour accompagner en douceur vers un nouveau point de vue de manière bienveillante, sans choisir l'endroit où le patient va regarder mais en l'accompagnant pour qu'il ait la possibilité de regarder dans plusieurs directions. Les capacités de développement naturelles du patient vont pouvoir s'exprimer pour l'amener où il le souhaite : c'est son souhait, sa vision et ses objectifs, et en aucun cas ceux de l'hypnothérapeute. Composante fondamentale qui oppose l'hypnose à une approche directive peu compatible avec la prise en charge des addictions. L'objectif n'est pas de prendre en charge les patients, mais de les accompagner afin qu'ils se prennent eux-mêmes en charge afin de traiter leurs propres pathologies. L'hypnose favorise les processus de changement et l'autonomisation.

Il est indispensable de travailler sur la motivation lors d'un arrêt du tabac par hypnose (et tout autre méthode). Nous nous rendons vite compte que l'importance de la « volonté » d'une personne voulant arrêter de fumer ne suffit pas. Les automatismes sont vicieux et contournent aisément la volonté. Se rajoute la culpabilité qui s'en découle, obstacle majeur à l'arrêt du tabac. Les représentations sociales jouent également sur ce tableau. Il est courant d'entendre « j'ai arrêté du jour au lendemain, seul et sans rien », « Il a décidé d'arrêter, il a éteint sa cigarette et n'y a jamais retouché », etc. Bien que ces « histoires de chasse » soient heureuses pour les personnes qui ont pu arrêter de la sorte, les échecs sont majoritaires. A un an le taux de rechute est identique à celui d'un arrêt progressif (cf. figure 20) (151).

« Si vous sortez de cette consultation en ayant compris que la volonté n'est pratiquement pour rien dans l'arrêt du tabac, vous aurez fait un pas de géant. » Pr R. Molimard

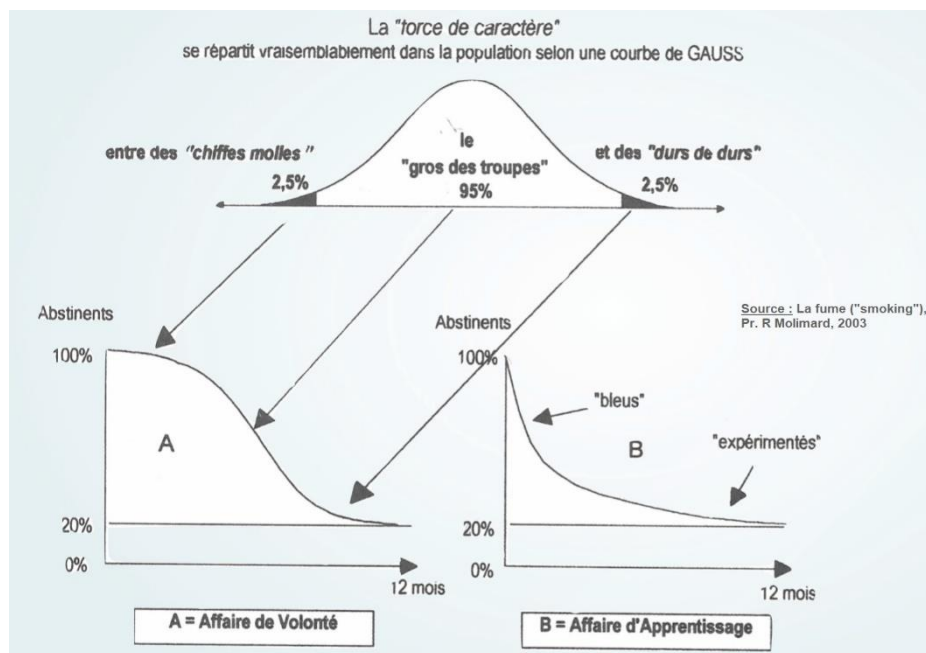


Figure 20 : La force de caractère

L'intérêt de maintenir une motivation au fil des apprentissages de sevrage est maintenant bien démontré dans les situations où ambivalence et motivation sont au cœur des processus de changement (264). L'entretien motivationnel a de grands points communs avec l'hypnose et rejoint bon nombre des principes des thérapies brèves. Ce principe motivationnel est athéorique et se veut utilisable avec d'autres méthodes. Il s'agit de sortir de l'immobilisme, amorcer un changement et s'y engager. Nous nous intéressons au contexte du changement pour résoudre l'ambivalence. Là encore, il est clairement établi qu'une personne sera plus volontiers convaincue par ses propres désirs, capacités et besoins de changer que par ceux que les intervenants pourraient être tentés de lui imposer. La motivation au changement va aider l'adhésion aux soins. Les interventions formelles dans le cadre d'un espace thérapeutiques ne reflètent pas la totalité du changement naturel. Le style d'intervention, la capacité d'empathie et le type de relations interpersonnelles que le patient va percevoir tout au long de son parcours de soins vont également appuyer cette approche motivationnelle.

La « motivation » est un ingrédient essentiel dans le sevrage car elle est prédictive d'une bonne évolution ultérieure. En ce sens, l'hypnose est étudiée comme un possible substitut aux entretiens motivationnels car former un(e) hypnothérapeute serait plus « rentable » en santé publique que former un(e) thérapeute aux entretiens motivationnels. Ce postulat s'explique par le fait que l'outil hypnotique associé à l'hypnose conversationnelle intégrerait mieux les croyances des patients en contournant plus efficacement les résistances pour initier un changement perceptible tout en ne limitant l'hypnose à son efficacité sur le tabac mais également sur les aspects possibles du sevrage en tabac (troubles de l'humeur, anxiété, insomnie...). L'arrêt du tabac demeure une priorité majeure pour la santé. Malgré les campagnes et la disponibilité généralisée de traitements pour arrêter de fumer, de nombreuses personnes continuent à fumer. Certains auteurs soutiennent que le « manque de motivation » est un facteur de mauvais sevrage et de mauvaise abstinence. C'est pourquoi ils lui donne une place prioritaire dans le suivi de l'arrêt du tabac. Des moyens d'améliorer la motivation avant, pendant et après un traitement formel sont donc en cours d'exploration. Dans ce cadre Green et Lynn aux Etats-Unis illustrent comment les suggestions hypnotiques, au sein d'un programme motivationnel, peuvent promouvoir un engagement cognitif, comportemental et émotionnel au traitement et renforcer la motivation à vivre une vie sans tabac de manière plus efficiente qu'un « simple » entretien motivationnel (265).

Une des difficultés est de respecter le temps du patient et ses choix, qui ont un rôle souvent majeur dans les addictions. Avoir de l'empathie peut conduire à l'ingérence qui a peu de prise sur les comportements en addictologie. Chaque mouvement du patient dans sa démarche personnelle de sevrage doit être respecté. Le respect de la lenteur offre au patient une chance accrue de trouver sa solution. C'est pourquoi le soutien psychologique et comportemental sont tout à fait adaptés pour recadrer certains comportements et plaisir-transferts sans forcer les choses, mais plutôt évoluer avec ce que le patient nous apporte. L'ambivalence n'est pas un obstacle, c'est un questionnement naturel qu'il faut utiliser. L'hypnose, socle des psychothérapies contemporaines, est conduite par la parole et le langage figuré. Une « poésie » duelle qui donne un accord syntone dans l'expérience directe de notre propre singularité de changement.

La rechute est un moment clé, un énorme potentiel de changement. Il doit être vécu comme bénéfique. Nous pouvons remercier le patient d'avoir repris la cigarette, ce qui, en plus d'adopter une position basse, crée une confusion qui aide au recadrage. L'expérience de la reprise est une clé. Les recadrages sont essentiels en addictologie car des schémas de pensée sont fréquents chez les fumeurs et sont entretenus par les représentations sociales.

Nous nous rapprochons très clairement de l'entretien motivationnel avec une écoute empathique, une absence de réflexe correcteur et l'exportation des motivations du patient. A la différence près que l'hypnose est un continuum plus global qui accompagne le patient autour de ses ambivalences et ses résistances à travers le revécu de ces expériences et donc de ses propres expertises afin de la replacer directement comme acteur de ses choix. Il va décider à la place de la substance. L'hypnose permet également un réinvestissement de sa corporalité qui est souvent mise à mal lors d'un trouble de l'usage d'une substance, tout comme un travail d'estime de soi et de renforcement de l'identité. Le fait de travailler autour de l'identification permet également au patient d'assumer certains traits de sa personnalité et de revoir ceux qu'il juge trop contraignants.

Nous pouvons rappeler que l'état modifié (ou amplifié) de conscience est atteint par une induction dont la technique peut venir en fonction du contexte et du binôme patient/thérapeute. L'état modifié de conscience va entraîner une modification de l'expérience perceptive du patient, propice à la réinterprétation des contenus de conscience. Les suggestions vont donner du mouvement aux ressources du patient pour l'orienter vers la résolution de son objectif. Ici l'objectif se cristallise autour du sevrage en tabac avec tout ce que ça implique (gestion des traits anxieux, reconstruction identitaire...).

Pendant la transe le patient va vivre pleinement de nouvelles associations pensées-sensations-émotions et vivres des alternatives expérientielles au-delà d'une visualisation ou remémoration. Ces changements perceptifs, produits par le sujet, vont être perçus comme provenant de l'extérieur ou involontaires. L'hypnothérapeute va montrer que cette méthode n'est pas opérateur dépendant, qu'elle n'agit pas seule et n'est aucunement magique, et que sa réussite est due au patient et à ses ressources. L'hypnothérapeute catalyse le programme de changement naissant ou déjà avancé chez le patient qui en contrôle son exécution. Par les techniques de mobilisation des ressources le patient prend conscience en état amplifié de conscience qu'il peut avoir un nouveau mode de vie et qu'il peut choisir. Il est parfois nécessaire d'accompagner la souffrance psychique pour dénouer la problématique addictive. L'hypnose a une utilité toute particulière car elle cherche à créer un cadre sécurisant qui amène le patient à explorer son vécu douloureux.

L'esprit et le corps ont accepté ce comportement aberrant et destructeur qu'est l'addiction. Ils se sont anesthésiés des signaux d'alerte du corps (toux, irritation, anxiété, dyspnée...) pour les banaliser et les oublier. Benhaïem parle du rejet universel que chaque individu éprouve face au tabac, qu'il est possible de restaurer par hypnose en permettant une prise de conscience des cognitions aberrantes, des associations et des enchaînements délétères au sein de son propre corps. Il affirme également que le recours à l'hypnose témoigne de la confiance que les patients ont en eux-mêmes et dans leurs capacités physiologiques à dépasser le manque (266). Un nouveau rapport aux corps s'opère afin que l'aversion physiologique au tabac vienne appuyer sur la balance décisionnelle et l'ambivalence que le patient ressent face au tabac. Il est parfois intéressant d'explorer le contraste entre le vécu du tabac quand nous interrogeons la personne, qui le décrit positivement, et le vécu de ses différentes parties de son corps (267). Une forme de dissociation qui va donner un terrain fertile à la réassociation dans une démarche psychocorporelle.

Par tous ces aspects, une symbiose semble en effet possible. L'hypnose semble être une approche complémentaire intéressante dans le sevrage tabagique qui pourrait s'étendre au-delà d'un travail motivationnel en replaçant le patient comme acteur de ses soins et de ses propres ressources.

I.3.2. État actuel des sciences

L'attrait est fort pour l'hypnose dans le sevrage du tabac (268). Cet engouement est suggéré par la presse grand public et une bonne partie des médias de vulgarisation dans le domaine de la santé. La plupart des fumeurs viennent avec l'idée que l'hypnose va enlever tout désir de fumer (269). Certains prônent l'hypnose comme LE traitement efficace dans le sevrage tabagique. Si les résultats d'une méta-analyse réalisée en 1992 (270) nous montrent que l'hypnose est le traitement le plus efficace pour l'arrêt du tabac avec un score qui reste toutefois modeste de 36% d'arrêt à 12 mois, certaines études montrent des résultats très supérieurs allant jusqu'à 94% d'arrêt du tabac avec un suivi de 18 mois (268). Une étude souligne qu'une seule séance d'hypnose permettrait à 45% des fumeurs d'être abstinents à 11 mois (271). Persiste là encore les problèmes de méthodologie et l'absence de mesures objectives. Il est fort complexe de distinguer l'efficacité attribuable à l'hypnose de celle amenée par l'ensemble de la prise en charge mise en place lors d'un sevrage et de le contrôler lors d'une étude (265).

Une méta-analyse de 2000 montre une efficacité de l'hypnose mais, pas de supériorité par rapport à d'autres méthodes déjà étudiées (traitements de substitution nicotinique, comportementalisme, etc.) (272).

En 2008, une étude a voulu déterminer si l'hypnose serait plus efficace pour aider les fumeurs à être abstinents au tabac que le suivi standard (conseils comportementaux) lorsque les deux interventions sont combinées à des TSN. C'est l'une des premières études randomisées et contrôlées, elle impliquait 286 fumeurs qui ont été inclus au San Francisco Veterans Affairs Medical Center. Les patients des deux groupes étaient vus deux fois une heure, et recevaient trois coups de téléphone ainsi que deux mois de patches nicotiques. A 6 mois, 26% des patients du groupe hypnose étaient abstinents (confirmé par des relevés biochimiques), contre 18% dans le groupe contrôle (RR = 1.44 ; CI (95%) = 0.91 - 2.30). A un an, 20% des participants du groupe hypnose étaient toujours non-fumeurs contre 14% dans le groupe contrôle. (RR = 1.40 ; CI (95%) = 0.81 - 2.42). Chez les patients aux antécédents de dépression, l'hypnose a donné des taux d'arrêts significativement plus importants à 6 et 12 mois que le traitement standard. Les auteurs concluent que l'hypnose combinée aux TSN donne de meilleurs résultats sur le maintien de l'abstinence, notamment lors d'antécédent de troubles de l'humeur (273). Ce ne sont là que des hypothèses étant donné que l'évaluation des antécédents et comorbidités étaient des critères de jugements secondaires.

Une autre étude révèle une efficacité significativement supérieure à l'absence de traitement et une efficacité égale aux stratégies comportementalistes (274). La revue systématique de Barnes et al. en 2010 montre que l'hypnothérapie sans autre traitement associé comparée à l'absence de traitement montrait une efficacité significative (RR = 19,00, IC95 % = [1,18305,88], 1 essai, n = 40) et la combinaison de l'hypnothérapie avec des traitements psychologiques, comparativement aux seuls traitements psychologiques, était associée à une augmentation significative du taux d'arrêt à 6 mois (2 essais, n = 65, RR commun = 4,80, IC95 % = [1,71-13,49]) (275). Les auteurs tempèrent en précisant qu'il n'y a pas assez d'éléments pour conclure, dans un sens, ou dans l'autre. La taille des études était relativement faible avec des effectifs très variables de 20 à 286 participants. Les méthodes d'hypnothérapie utilisées étaient aussi très différentes. L'hypnothérapie seule ne montrait pas de différence avec les autres traitements testés isolément : conseil bref, traitement psychologique, méthode aversive, médicaments ou placebo.

La méta-analyse de Tahiri et al. en 2012 (231) tente de dégager un effet significatif des méthodes « alternatives » d'arrêt du tabac. Ils retiennent quatorze essais au total avec seulement quatre concernant l'hypnose. Ces quatre essais regroupaient un total de 273 patients. Les auteurs ne montrent pas d'efficacité significative de l'hypnose mais étant donné les nombreux biais des études et leurs faibles puissances les résultats sont à nuancer. Les intervalles de confiance sont larges pour les méta-analyses sur des petits effectifs. Les auteurs concluent, tout comme dans la précédente méta-analyse, en insistant sur la nécessité d'avoir accès à des preuves supplémentaires pour pouvoir déterminer l'intérêt de cet outil classé dans les méthodes alternatives.

Dans une autre étude, les auteurs mettent en évidence 64% de succès d'abstinence à 12 mois (276), chez des fumeurs recommandés par leur médecin traitant pour des raisons de santé (emphysème, etc.). Lors des trances hypnotiques, les patients recevaient des suggestions très directes faisant appel à la fois à la peur, à l'aversion et à la suppression des symptômes de sevrage. Ce taux important d'abstinence est en outre lié à un biais de sélection, les patients atteints de pathologie respiratoires avancées étaient en moyenne plus motivés que les patients de la population générale. Bien que ce biais ne semble pas exister pour les traitements médicamenteux usuels (277) nous tenons compte de ce facteur comme motif de non inclusion.

Une étude utilisant l'hypno-aversion, constate une efficacité dans le contrôle du poids, notamment lorsque les autres méthodes échouaient (278). Là aussi, aucune différence significative n'a été prouvée. Par ailleurs les méthodes aversives hors hypnose n'ont pas prouvé leur efficacité dans le sevrage tabagique (183).

Une étude précise que les thérapies alternatives telles que l'acupuncture ou l'hypnose sont peu efficaces voire inefficaces, mais qu'elles peuvent servir d'outil motivationnel (279). Ceci d'autant plus que l'intensité des expériences négatives de sevrage est corrélée à l'absence de motivation initiale au sevrage. C'est l'exemple des praticiens qui ne jouent pas spécialement sur l'aversion au tabac, mais sur l'absence de ressenti des symptômes de sevrage et l'indifférence (267).

Concernant l'efficacité de l'hypnose en groupe ou individuelle dans le sevrage du tabac, il n'a pas été montré de différence significative (280,281). Cependant, il semble se dégager une atténuation des effets indésirables lors du sevrage à travers l'hypnose, que ce soit individuellement ou en groupe par rapport à d'autres méthodes non médicamenteuses. Ceci est une piste intéressante pour envisager un outil utilisable en groupe potentiellement efficace, ayant peu d'effets indésirables, pour être plus incisif dans la lutte antitabac. Plusieurs groupes de travail créent des programmes compatibles individuellement et collectivement afin de pouvoir aisément les enseigner, les partager et utiliser les avantages et les inconvénients des deux approches en fonction du contexte (265). A ce jour, aucune approche collective par l'hypnose dans le sevrage tabagique n'a prouvé son efficacité.

Actuellement, il n'y a pas de preuve de l'efficacité de l'hypnothérapie dans l'aide à l'arrêt du tabagisme, les études étant limitées en termes de quantité et de qualité. Si l'hypnose n'est pas forcément supérieure en efficacité à une autre méthode, elle n'est pas non plus inefficace quand nous comparons les taux d'abstinence moyens des différentes méta-analyses.

L'hypnose ne peut se conseiller en première intention (183,282). Il faut systématiquement la recommander avec la possibilité d'utiliser des méthodes qui ont prouvé leur efficacité (telles que les traitements de substitution nicotinique). Selon la HAS, 2014

« Lorsqu'un patient est désireux d'utiliser une de ces méthodes, le praticien peut le comprendre et doit avoir conscience de l'intérêt de l'effet placebo. Il doit signaler au patient que si cette prise en charge ne réussissait pas, une prise en charge dont l'efficacité a été établie pourra lui être proposée. L'éthique du médecin ne lui permet pas de recommander une thérapeutique non validée. Pour autant, le médecin ne doit pas empêcher un patient de bénéficier d'un traitement qui peut être utile par son effet placebo, si ce traitement est avéré inoffensif. ». C'est le cas de l'hypnose. Le traitement doit toujours être envisagé dans le cadre d'une décision partagée avec le patient. Les hypnothérapeutes informeront de manière claire et précise de l'absence de preuve établie de l'hypnose dans le sevrage du tabac.

Contrairement à l'effet placebo, qui possède un effet tangible et une action réelle (y compris dans l'usage d'une médication validée), l'hypnose peut être utilisée intentionnellement. Elle utilise le « pouvoir de l'imaginaire » grâce à des techniques et façons d'être pour aller dans le sens d'un effet escompté.

Les bénéfices de l'hypnose tels que formulés par les patients ont du mal à être traduits en termes numériques à l'aide des instruments cliniques habituellement utilisés dans les études. Les études visant à évaluer l'effet clinique de l'hypnose obligent à repenser les standards méthodologiques et la standardisation des protocoles (80,274,275).

I.3.3. Aspects neurobiologiques

Les addictions, notamment le tabac, entraînent l'activation de circuits dont le rôle est de récompenser ses fonctions vitales par une sensation agréable ou de plaisir. Ce système est composé, entre autres du système hédonique (système de récompense). Qui lui-même est couplé à la mémoire, à un système inhibiteur et à un système exécutif.

Le système hédonique est un circuit anatomique correspondant au système méso-cortico-limbique. Le circuit méso-limbique implique un ensemble de neurones dopaminergiques situé dans le tronc cérébral au niveau de l'aire tegmentale ventrale (ATV) qui se projette via le faisceau médian vers des structures du noyau accumbens, de l'amygdale et de l'hippocampe. Ce circuit est impliqué dans les effets de renforcement, dans la motivation, dans la mémoire et dans les réponses conditionnées par rapport aux expériences de plaisir et de déplaisir. L'hippocampe gère les mémoires déclaratives et contextuelles et l'amygdale la mémoire émotionnelle.

L'ATV, le striatum ventral et le noyau accumbens constituent l'interface entre le cerveau limbique et préfrontal. Le noyau accumbens est la structure la plus impliquée dans les expériences de récompense en analysant la valeur positive ou négative d'une sensation (283).

Le circuit méso-cortical inclut les projections de l'ATV vers le cortex préfrontal, orbito-frontal et cingulaire antérieur. Il serait quant à lui impliqué dans les conséquences cognitives de l'imprégnation émotionnelle et, en ce qui concerne la prise de produits, dans la recherche compulsive de ces substances au détriment d'autres centres d'intérêts.

La théorie des marqueurs somatiques de Damasio met en avant le fait que l'organisme choisi un comportement à produire dans une situation donnée en fonction des souvenirs d'expériences semblables ou proches. L'émotion précéderait la cognition, et orienterait le patient de façon automatique et inconsciente vers les signaux émotionnels somatiques positifs qui y sont rattachés. La mise en mémoire des expériences de plaisirs, ici de la consommation d'une substance psychoactive, va conduire à la répétition de ce comportement dans une

situation similaire. Le circuit méso-limbique va inciter à repérer les actions intéressantes et les renforcer pour qu'elles se fassent lors de contextes identiques.

L'amygdale, réservoir des mémoires émotionnelles, est la gestionnaire de la régulation des émotions (notamment de l'organisation des réponses au stress et mémoire de stress) et va permettre d'évaluer instinctivement si une expérience est agréable ou pas, si elle doit être répétée ou évitée. Les informations extérieures sont filtrées par l'amygdale avant même de générer de la peur, ce qui crée une forme primitive de peur lorsque la survie est menacée. L'hippocampe va mettre en mémoire le contexte. Synthétiquement un stimulus sensoriel va être analysé par le thalamus avant de pouvoir prendre deux routes. Une voie courte, thalamo-amygdalienne, et une voie longue, thalamo-cortico-amygdalienne. La première va intervenir quasi immédiatement par une émotion et une réponse comportementale. La deuxième va prendre un chemin plus long en allant aux cortex (sensoriel primaire, associatif unimodal et polymodal) pour traiter les informations sensorielles puis les comparer avec les situations antérieures stockées dans l'hippocampe avant de donner une réponse comportementale. Cette deuxième voie permet donc d'ajuster la réponse émotionnelle.

Michel Reynaud rapporte dans le traité d'addictologie de 2016 (180) quatre grands mécanismes complémentaires qui vont s'interconnecter dans la création d'une dépendance :

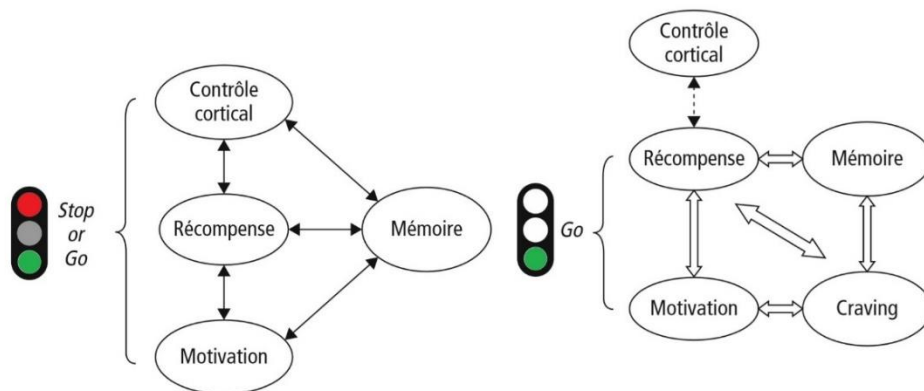
- « **la sensibilisation motivationnelle** : la saillance de la récompense (augmentation progressive de la motivation à consommer) ;
- **l'apprentissage des habitudes** (comportement automatique non lié à un effet recherché mais qui passe en mode stimulus-réponse) ;
- **l'allostasie hédonique** (état émotionnel négatif lié à un déficit d'activation du circuit de la récompense : augmentation du seuil) ;
- **le déficit de contrôle inhibiteur** (atteinte des fonctions exécutives) : perte du contrôle intellectuel « raisonnable », effectué par le cortex préfrontal.

Il faut rajouter à ces éléments :

- le dérèglement interoceptif (l'insula) : mise en route « automatique » du besoin de consommer : le craving ;
- l'hyperactivité de l'évitement et de l'anxiété (l'habenula). »

Ainsi ces mécanismes viennent se surajouter, au fur et à mesure que la dépendance s'installe. En situation « normale », l'équilibre entre ces quatre circuits aboutit à des actions adaptées à notre situation émotionnelle. Chez le sujet addict, il y a une survalorisation de l'objet du désir. Sa valeur « récompensante » et le souvenir de celle-ci entraînent une motivation majeure. Nous passons alors du désir au besoin. Cette interconnectivité est très bien décrite dans le traité d'addictologie qui explique que « le contrôle cortical est devenu insuffisant, trop limité pour tenir compte du contexte et des conséquences. Les informations qu'envoie tout le cerveau, valeur majeure de la récompense (nucleus accumbens), saillance majeure et donc motivation majeure (cortex cingulaire et cortex orbito-frontal), mémoire exacerbée du plaisir (hippocampe) auquel se surajoute le craving (insula), sont devenues impérieuses, correspondant à un besoin perçu comme nécessaire, absolu et vital. ».

Dans l'addiction, l'ensemble du cerveau est « programmé » pour ne pas agir sous le contrôle de la raison. L'analyse rationnelle qui nécessite un « circuit-long » est court-circuité par un chemin plus rapide, conditionné et moins flexible (cf. figure 21).



Source : Traité d'addictologie, 2e édition, 2016

Figure 21 : Fonctionnement d'un cerveau non addict et addict

Un trouble addictif va permettre d'augmenter la dopamine au niveau du noyau accumbens et de diminuer la sérotonine dans le circuit méso-cortico-limbique. La dopamine attribue une valeur des objets, la saillance, qui traduit la puissance motivationnelle (valeur de la récompense). La dopamine favorise la mise en mémoire des expériences de plaisir et de déplaisir en fonction des types de récepteurs sollicités mais également en fonction de l'activité des neurones. Les neurones dopaminergiques ont deux formes de d'activité qui vont moduler différemment la libération de la dopamine. La première est l'activité tonique qui donne une libération constante et permanente et la deuxième est l'activité phasique qui libère de la dopamine de manière aigue et transitoire. Cette dernière va étalonner la valeur des objets, c'est le codage des récompenses (180). Cette activité phasique va également être plus ou moins intense en fonction du désir. Différer une récompense augmente significativement le taux de dopamine libérée pour un même objet. Cette notion a, entre autres, été vérifiée avec l'expérience du chien de Pavlov. Enfin, la réponse phasique va renforcer la mémorisation de la satisfaction de la récompense et agit comme un signal d'apprentissage. Elle facilite son cheminement vers l'amygdale et l'hippocampe.

Au niveau cortical, la dopamine va permettre de mieux organiser les actions à mener pour satisfaire un désir (qui va devenir un besoin lors d'une dépendance) et d'avoir une stratégie efficiente (plans, exécution de tâches complexes, etc.). A chaque consommation, ces étapes d'apprentissages et d'expériences de plaisir vont s'enclencher et se renforcer jusqu'à dessiner des comportements utiles pour que l'individu se retrouve dans des contextes similaires.

Les différents types de plaisirs qui vont venir moduler la libération de la dopamine par l'intermédiaire de récepteurs spécifiques d'interneurones (récepteurs nicotiques par exemple) stimulants ou inhibiteurs. Les réseaux neuronaux associatifs spécifiques à chaque plaisirs (nourriture, caresses, substances psychoactives, sport...) vont adapter le désir et la motivation qui leurs sont attachés en fonction du bien-être qu'ils procurent. Les voies dopaminergiques constituent donc la voie neuronale principale associant plaisirs, comportements et motivations (284). Tous les produits psychoactifs ont différents mode d'action sur le cerveau mais il ont tous en commun d'augmenter le débit de la dopamine dans le système méso-cortico-limbique. Plus un produit est dopamino-stimulant et plus son potentiel addictif sera grand.

Parmi les neurotransmetteurs qui vont agir sur les récepteurs modulant le débit de dopamine nous trouvons les opioïdes endogènes (enképhalines, endorphines et dynorphine) qui paraissent nécessaires pour moduler la mémoire en permettant, par exemple, de limiter la mise en mémoire des faits douloureux ou aversifs. Mais également l'acide γ -aminobutyrique (GABA) et l'acide N-méthyl-D-aspartique (NMDA) qui joueraient un rôle fondamental dans la plasticité synaptique, en particulier au niveau de l'hippocampe. Les modifications de plasticité synaptique vont se produire rapidement dans l'ATV puis le noyau accumbens avant d'arriver au cortex préfrontal. Les voies glutamatergiques seraient très impliquées dans l'apprentissage des habitudes ainsi que l'allostasie hédonique. Cette allostasie serait l'évolution de l'homéostasie cérébrale en créant une nouvelle « norme ». Ce nouvel état basal se manifeste physiologiquement par la tolérance et les signes du sevrage en l'absence ou diminution du produit. L'apparition de cet état émotionnel négatif (non récompensant) déplace le point de référence d'un état « normal ». Ce qui entraîne notamment une augmentation du seuil pour avoir des effets plaisants. Le sujet augmente donc sa consommation pour avoir les effets initiaux et la prise habituelle de produit est devenue la nouvelle référence. Un besoin pour avoir un état physiologique « normal ». Cet état émotionnel négatif (dysphorie, anxiété, tensions, irritabilité) qui se déclenche si le nouvel équilibre allostatique au sein des neurotransmissions n'est pas entretenu par la consommation peut favoriser la dépendance et les rechutes. La sécrétion de dopamine est aussi puissamment régulée par corticotropin-releasing factor (CRF) qui agit sur les récepteurs corticotropes. Cette notion fait le lien avec les facteurs de risques dans les addictions (traumatismes, situations affectives favorisant le stress, etc.). Sans oublier la noradrénaline ou bien l'ocytocine (dans l'attachement) qui vont créer diverses cascades nerveuses et entretenir certains circuits spécifiques.

Les besoins primordiaux, les besoins de sécurité et le besoin de relations affectives, dont les réponses sont apportées par les parents en période de périnatalité et de l'enfance, conditionnent la solidité psychique à venir. L'organisation psychique mise en place grâce à l'étayage familial et l'environnement vont définir avec le patrimoine génétique la réactivité des voies : dopaminergiques, opioïdiques, corticotropes et ocytocinergiques (283). Nous comprenons qu'une mauvaise phase de développement va impacter péjorativement les facteurs de vulnérabilité individuels et le débit dopaminergique en fonction des stimuli. Le modelage des cellules dopaminergiques se combine avec celui de l'axe corticotrope, cet ensemble va imprimer l'organisation de la personnalité. L'adolescence est une période charnière dans la maturation du système dopaminergique. Là encore nous pouvons voir l'intrication des facteurs de risques de développer une dépendance en cas de maltraitances, traumatismes ou attachements insécures.

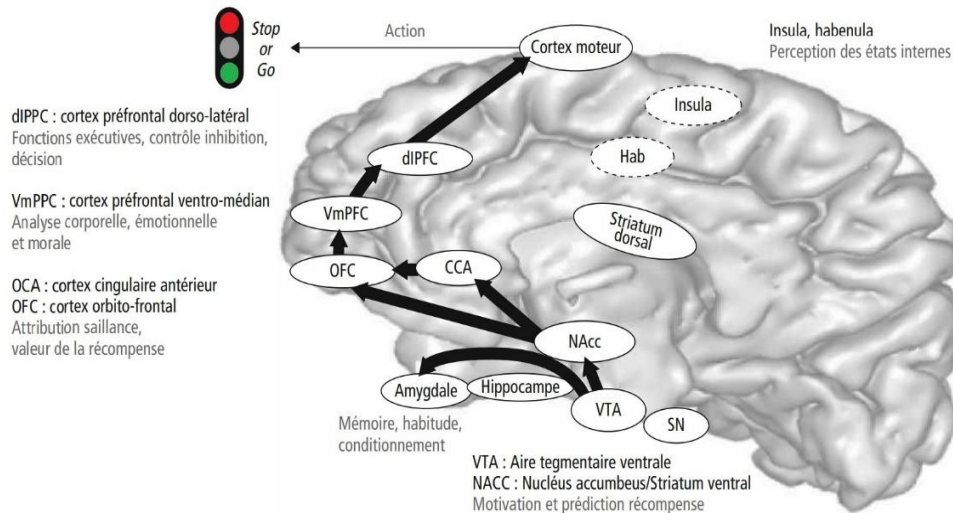
Le CCA est l'une des cibles corticales principales du système dopaminergique méso-cortical issu de l'ATV (cf. figure 22) et reçoit également des projections sérotoninergiques du noyau du raphé et noradrénergiques du locus coeruleus. Le CCA en partenariat avec le cortex-orbito-frontal va analyser la valeur d'une émotion et attribuer une valeur à la récompense. Le cortex-orbito-frontal en lien avec le cortex préfrontal ventro-médian (CPFVM) va pondérer d'un point de vue social ou moral la réponse à avoir face aux stimuli affectifs mobilisateurs (substance psychoactive, objet sexuel, argent, musique...) en inhibant les structures limbiques comme l'amygdale. Cette capacité du cortex-orbito-frontal à évaluer les expériences émotionnelles et corrélée de façon linéaire à la valence des émotions perçues (285). Le cortex-orbito-frontal joue donc un rôle dans la prise de décision face à un choix. Nous avons vu dans les généralités sur l'hypnose que l'état modifié de conscience permet une neuroplasticité importante du CCA et que celui-ci est intimement lié à l'insula et au cortex-orbito-frontal. Une

prise de décision adaptée nécessite la capacité à la détecter et à évaluer les conséquences des différentes actions possibles dans un contexte donné. Le CCA permet d'assurer de telles fonctions. Une réorganisation du CCA permettrait une redistribution des réflexes conditionnés pour trouver une solution originale et mieux gérer les processus émotionnels rattachés aux habitus addictifs. Finalement de restaurer un choix dans la perte de contrôle associée aux addictions.

La diminution de la flexibilité mentale et des capacités d'introspections s'explique en partie par un hypofonctionnement du cortex préfrontal dorsolatéral (CPF DL). La capacité du cerveau à renforcer ou affaiblir ses circuits neuronaux va entraîner des modifications durables. Il va avoir une migration séquentielle allant de l'ATV au CPF DL sur un gradient ventro-dorsal de la perte de la plasticité synaptique (286). La perte de plasticité est analysée sous la forme d'une dépression à long terme (DLT) de la capacité du cerveau à modifier ses circuits neuronaux. Cette « anaplasticité » est majorée chez les individus avec des facteurs de vulnérabilité. La DLT va empêcher les nouveaux apprentissages et rendre le sujet plus rigide vis-à-vis des substances. Cette rigidité donne lieu à des comportements plus compulsifs avec une moindre résistances aux contraintes environnementales, et donc une perte de contrôle plus grande. Les capacités psychiques supérieures présentes dans CPF DL vont alors s'altérer. Il en résulte une moindre élaboration des pensées, un moindre traitement des informations sensorielles et un défaut des démarches décisionnelles et exécutives. Il a été significativement prouvé par l'imagerie fonctionnelle un hypométabolisme de base du CPFVM et du CPF DL (283). L'hypofonctionnement du CPF DL ne permet pas une inhibition salutaire et protectrice vis-à-vis des consommations. Ce déséquilibre de la balance préfrontolimbique favorise l'impulsivité, les compulsions et défaut d'analyses émotionnelles se traduisant par une labilité. L'hypnose en neuroimagerie fonctionnelle suggère qu'elle influence les processus cognitifs. Ainsi elle serait possiblement bénéfique pour rééquilibrer la balance préfrontolimbique afin de redonner un contrôle inhibiteur au cortex préfrontal lors d'une dérégulation affectivo-émotionnelle en rapport avec le produit.

L'insula est impliquée dans les émotions conscientes grâce à son rôle dans la représentation de l'état corporel et dans les processus de décision (287). Elle traite les sensations internes, intéroceptives, en les mettant en lien avec les émotions pour avoir une perception consciente de ces états. En 2007, cette région du cerveau a été étudiée chez les fumeurs les fumeurs ayant une lésion de l'insula. Les résultats indiquent que les fumeurs ayant une lésion de l'insula sont susceptibles d'arrêter immédiatement et durablement le tabac. Les besoins conscients ont donc un rôle important de l'addiction. Selon les auteurs ce changement de fonctionnement est comme si « le corps oublie l'envie de fumer ». La préservation des fonctions instinctuelles malgré les lésions de l'insula a conduit les auteurs à suggérer la part essentielle de l'apprentissage pour les besoins conscients. L'aversion universelle de la cigarette s'est effacée par un apprentissage (anesthésie des signaux de rejet au tabac, conditionnement positif, mémoire des expériences du plaisir, etc.). Une fois l'accès à cet apprentissage impossible par lésion de l'insula l'émotion consciente inscrite comme un besoin corporel n'a plus lieu d'être. Il est important de noter que l'étude menée en 2007 avait une puissance discutable malgré le caractère significatif des résultats présentés. C'est ce qui est rappelé en 2009 lorsque les mêmes auteurs appellent de nouveau à s'intéresser plus sérieusement à l'insula dans la neurobiologie des addictions. Le tabagisme est lié à l'insula au travers de la perception des besoins corporels. La rechute serait en partie due à l'angoisse liée aux signaux somatiques du sevrage, et donc du craving. De nombreux travaux ont confirmés le rôle de l'insula dans le craving.

L'insula et le CCA sont donc des substrats importants de la vulnérabilité à la rechute (288). L'hypnose, qui module l'insula (et le CCA), pourrait être une voie d'accès privilégiée concernant les sensations corporelles ressenties avec le tabac et l'apaisement du craving.



Source : Traité d'addictologie, 2e édition, 2016

Figure 22 : Les mécanismes de l'addiction : les voies dopaminergiques

D'autres études ont également montrées une hyperactivation de l'amygdale avec l'activation de la dynorphine dans l'ATV mais également une hyperréactivité de l'habenula (région qui contrôle la décroissance de la sécrétion dopaminergique) dans les addictions. Ces notions sont particulièrement intéressantes car les récepteurs $\alpha 2$ et $\alpha 5$ -nicotinique sont très représentés dans l'habenula et interviendraient dans les stimuli négatifs envoyés par l'amygdale lors du sevrage en tabac (283,289). Cette hyperactivité globale serait un état vigile neurologique pour éviter les situations anxiogènes et émotions négatives en cas de manque. La gestion des angoisses non corporelles peut être efficace sous hypnose, ce qui pourrait être une piste supplémentaire de la complémentarité de cet outil.

Pour conclure sur les altérations neurobiologiques présentes dans les addictions, elles empruntent le circuit du plaisir et de gestion des émotions en se situant principalement sur le système dopaminergique méso-cortico-limbique et sur le circuit des apprentissages, des habitudes. Ces régions du cerveau sont également impliquées dans la thérapie par l'hypnose (cf. supra, Hypnose et neuroscience). Notamment le CCA et l'insula qui conditionnent le risque de rechute. Sans oublier que l'état modifié de conscience permet certaines expériences sensorielles qui peuvent se rapprocher de la transe induite par des substances et donc un meilleur déconditionnement (290). Ainsi l'hypnose semble être une voie prometteuse dans la restauration des circuits neuronaux altérés dans l'addiction.

I.3.4. Ce qu'il faut en retenir

Tout porte à croire que l'hypnose pourrait être efficace dans le sevrage du tabac et le traitement des addictions en général. Pour autant il n'y a pas de preuve scientifique solide à ce sujet et seulement des constats de pratiques individuelles empiriques. Nous avons vu que la littérature nous fournit depuis plus de trente ans des études tentant de prouver l'efficacité de l'hypnose dans la lutte antitabac.

Cet outil thérapeutique fait partie d'un immense panel de méthodes d'aides au sevrage tabagique. Pourquoi existe-t-il une telle disparité dans les approches ? En effet, la disparité des méthodes de sevrage en tabac efficace est immense. Les nuances propres à chaque individu et leurs liens avec le tabac sont uniques. Se rajoute également l'unicité du thérapeute. Des travaux indiquent que l'association d'approches différentes en fonction des moments du sevrage pourrait être bénéfique. Une des discussions qui se détache d'une étude américaine, c'est l'intérêt de former des personnes hors du milieu médical pour diversifier les techniques d'aide au sevrage du tabac. Ceci permettrait d'augmenter le nombre de thérapeutes et d'avoir une meilleure couverture de sensibilisation sur tous les niveaux (291). Les auteurs soulignent également l'intérêt d'avoir des guidelines plus efficaces. Ceci d'autant plus que l'hypnose est souvent négligée au regard d'autres thérapeutiques telles que l'acupuncture ou la chiropraxie (269). Alors que l'efficacité de l'acupuncture, par exemple, dans le sevrage tabagique reste incertaine (230,292,293). Se rajoute la politique de santé du pays qui va stimuler l'efficacité des programmes et diversifier les offres de soins. Le remboursement des prises en charge et des traitements pour le sevrage du tabac reste également très disparate en fonction des pays (294). Une évaluation des différentes méthodes de sevrage en tabac est nécessaire pour orienter les politiques de santé publique et améliorer le remboursement des traitements.

Toutes les études se concentrent sur l'abstinence et pas ou peu sur le sevrage du lui-même. L'aspect contrasté des études sur l'hypnose dans l'arrêt du tabac reflète toute la problématique de l'évaluation des psychothérapies. L'efficacité des psychothérapies dans les troubles psychiques, les troubles de la personnalité, dans la gestion des émotions ou du comportement est reconnue de longue date mais de grands progrès restent à faire. L'évaluation des psychothérapies doit intégrer des paramètres complexes dépendants du patient, du thérapeute, du cadre, et d'autres facteurs qui complexifient la situation.

« Évaluer un médicament n'est déjà pas chose aisée, alors évaluer une procédure qui dépend du thérapeute, de ses connaissances, de la singularité du patient, de leur relation, de leur humeur du moment, de leur disponibilité et de leurs croyances respectives est une vraie gageure. » Dr Jean Marc Benhaïem.

Les études passées visant à évaluer l'effet de l'hypnose nous conseillent donc de repenser les standards méthodologiques. Il est possible et utile de réaliser des études comparatives randomisées mais également des études qualitatives bien menées pour déterminer ce que les patients ont vécu subjectivement lors de ces prises en charges. Ce point de vue subjectif est essentiel compte tenu des cibles thérapeutiques de l'hypnose et que cette dernière est relatée en termes subjectifs par les patients. La subjectivité est pourtant un facteur difficile à traduire et à analyser. Un protocole tenant compte du facteur relationnel, dans le contexte d'une étude, peut influencer sur les résultats donnés (295). Nous parlons de subjectivité pourtant les patients ont des symptômes sur lesquels ils veulent agir et assignent donc, implicitement ou explicitement, des objectifs de soins évaluables.

L'évaluation des psychothérapies a toujours posé un problème. La psychiatrie s'est construite sur des oppositions d'idées théoriques en privilégiant une épistémologie clinique par rapport à une théorie des pratiques de soins. Selon Marie-Christine Hardy-Baylé « il est classique de dire que la psychiatrie, à l'inverse des autres disciplines, a accumulé des outils de traitement en l'absence de toute connaissance sur l'origine des troubles qu'elle avait à traiter. Mais la psychiatrie n'est pas la seule discipline médicale dans laquelle l'origine des troubles reste mystérieuse. Cette méconnaissance n'a pas empêché l'accumulation de savoirs techniques dans les autres disciplines selon une approche scientifique et pragmatique du soin. A cette position pragmatique de la médecine, visant à accumuler les savoirs thérapeutiques, selon la méthode empirique puis selon la méthode scientifique de recherche des preuves, la psychiatrie, fascinée par sa visée philosophique, s'est éloignée de l'épistémologie thérapeutique qui définit toute discipline médicale. [...] Si l'appartenance de la psychiatrie au champ de la médecine a été rendue possible par le développement d'outils thérapeutiques, le traitement apparaît davantage comme un prétexte pour construire et étayer les diverses théories du sujet malade que comme un levier thérapeutique possible imposant de se comparer aux autres pour trouver sa juste place dans l'arsenal thérapeutique de la discipline. Chaque courant théorique va utiliser les techniques de soins moins pour prouver leur efficacité que pour confirmer et alimenter le modèle théorique avancé. L'efficacité des médicaments viendrait valider l'hypothèse « organique » des troubles et étayer le modèle biomédical de la psychiatrie. L'action des traitements psychologiques viendrait alimenter leur origine psychologique et confirmer la pertinence de l'une ou l'autre des théories psychologiques des troubles. [...] La psychiatrie a longtemps été le creuset de querelles de nature plus philosophiques que praticiennes. Si ces débats ont fait en partie la richesse de la discipline, ils l'ont éloigné de son objet strictement médical, la pratique des soins. ». Ces lignes sont présentes dans la deuxième édition du « Manuel de psychiatrie » dans l'approche des modèles théoriques en psychiatrie (171).

L'idée est de proposer le cadre de l'Evidence Based Medicine (EBM) au sein de la psychiatrie pour qu'elle ne devienne pas une entité « mystique » et non palpable dans le champ des disciplines médicales. En France, la HAS soutient l'approche EBM qui est de type « conséquentialiste », c'est-à-dire que la valeur d'une action peut être évaluée par la mesure de ses conséquences. Les pouvoirs publics se doivent de s'assurer que les moyens mis à disposition dans le champ de la santé sont utilisés à bon escient au bénéfice des usagers. Y compris en santé mentale. Un enjeu primordial est donc présent dans l'évaluation des psychothérapies pour les acteurs du soin psychique sous la pression des pouvoirs publics.

À considérer l'évaluation de psychothérapies comme portant sur un objet mesurable, nous serons toujours confronté à quelque chose qui précisément n'est pas maniable. En d'autres termes, ce qui va être analysé sera la conséquence d'une transformation interne qui, par l'effet de la psychothérapie, ne semble être que des formes, des habillages, que nous ne saurions relier directement au processus de transformation qui les a vus naître. La psychiatrie de demain repose dans la capacité de notre discipline à définir une théorie de la pratique tout en gardant les réflexions propres à notre pratique médicale qui en font sa richesse (comme le lien étroit avec la philosophie, le social, l'éthique ou bien la politique).

Évaluer un traitement psychique par la parole, c'est chercher des indices pertinents qui prouvent que les effets éventuels repérés au terme d'un traitement sont bien la conséquence de l'acte thérapeutique. Ludovic Gadeau, maître de conférences de psychopathologie clinique à Grenoble, se questionne en ce contexte de la manière suivante : « En quoi la mesure (quantitative ou qualitative) d'un écart entre l'avant et l'après d'une thérapie, établie à partir de

« cibles », a-t-elle valeur de preuve de l'efficacité de cette thérapie, c'est bien la question. Et c'est ce à quoi toute démarche ayant des prétentions de scientificité doit pouvoir répondre. »

Actuellement les études randomisées contrôlées ont le meilleur niveau de preuve en EBM. Les modèles d'études américaines ont été parmi les premières à étudier les psychothérapies avec les méthodologies employées pour les médicaments. Le niveau de preuve exige le rejet de toutes les incertitudes ne laissant aucune marge d'inconnu ou d'indécidable. Cependant, introduire un cadre dans la relation thérapeutique, c'est probablement réduire la part de suggestion inhérente à cette relation.

On conçoit que le problème devienne particulièrement délicat quand il s'agit de la connaissance et du traitement de la vie psychique de l'être humain. L'esprit humain garde une part d'insaisissable dans toute tentative d'appréhension de celui-ci en termes de totalité. La question est alors de savoir quelle marge d'inconnu peut-on s'autoriser lorsque nous abordons l'évaluation scientifique de l'esprit humain sur une population pour éviter d'être trop réducteur dans notre approche et oublier le principal, les liens humains et la part d'inconnu que nous ne pourrons jamais maîtriser. Sans oublier que les changements de concept et de dénomination des pratiques addictives sont nécessaires pour que notre société puisse mettre en place une politique moins idéologique et plus scientifique fondée sur les preuves, plus pragmatique et surtout plus efficace.

Comme nous l'avons abordé dans la réduction des risques et des dommages, les politiques de santé publique se doivent d'avoir une approche graduée pour accompagner les patients dans tous les changements positifs de leur évolution et ne pas limiter l'addiction à un prise de substance ou non. Les addictions justifient des stratégies de repérage et de prise en charge précoce mais également une grande possibilité d'outil thérapeutiques pour répondre aux besoins de chaque patients. Les différents stades des troubles de l'usage peuvent avoir des indications et des méthodes de soins distinctes selon la gravité du processus addictif afin d'avoir une meilleure efficacité.

Ainsi nous constatons que l'évaluation d'une relation de causalité stricte entre l'hypnose s'identifiant encore à travers les débats idéologiques et le tabagisme qui se révèle peu à peu comme une des addictions la plus complexe à analyser dans sa globalité nous impose une méthodologie adaptée au contexte.

Cette méthodologie doit s'inspirer des erreurs passées sans pour autant sombrer dans un protocole aseptisé réducteur où de la part d'inconnu porté par le psychisme des patients ne pourra pas s'exprimer.

Nous avons donc mis en place une étude qui se veut proche de la pratique clinique réelle et pouvant être d'un niveau de preuve suffisant grâce à sa méthodologie.

Partie II : Étude comparée de l'effet du traitement par hypnose versus traitement de substitution nicotinique sur l'intensité du syndrome de sevrage tabagique : HYPNO-TSN-S

I.4. Contexte et justification de l'étude

La lutte contre le tabagisme est l'une des préoccupations les plus importantes en santé publique. C'est la principale cause de décès évitable dans le monde. Environ la moitié des fumeurs vont mourir prématurément d'une maladie liée au tabac. Même si la consommation de tabac a baissé dans certains pays et régions, grâce à la mise en route de sérieuses politiques de lutte antitabac sur le plan mondial, la croissance de la population fait que le nombre absolu de consommateurs de tabac ne décroît pas encore.

En dépit des risques liés au tabagisme, beaucoup de personnes sont impuissantes pour arrêter leur consommation de cette substance. Le tabac possède l'un des potentiels addictifs les plus forts parmi l'ensemble des substances psychoactives. Il existe de nombreux traitements dans cette lutte, dont les TSN, mais ils restent insuffisants. Notre constat part du fait qu'il y a de plus en plus d'efforts de santé publique réalisés pour diminuer la consommation de tabac, mais que leur efficacité reste très modeste à grande échelle. A l'échelle internationale, après une diminution partielle de la prévalence totale, les courbes d'incidence peinent à se stabiliser. Les actions de santé publique doivent être exhaustives et personnalisées. C'est en ce sens qu'il est nécessaire d'avoir à disposition de nombreux outils validés et efficaces dans cette lutte antitabac afin d'apporter la complémentarité nécessaire à l'ubiquité des actions permettant la diminution et l'arrêt de cette substance.

Un traitement de l'addiction ne se limite pas à une absence de prise de produit, ou la substitution, mais intègre aussi la réduction des risques et des dommages (RdRD). L'addictologie tend vers une approche plus dynamique depuis quelques années, celle d'accompagner le patient à son rythme et sans chercher systématiquement l'abstinence. C'est l'apprentissage progressif à travers le temps et les rechutes qui va permettre une mise à distance durable de la substance addictive. C'est pourquoi l'aspect qualitatif du sevrage est intéressant. Il permet d'orienter positivement le traitement en vue d'une abstinence totale. D'autant plus que la dépendance physique et psychique au tabac est d'une ampleur qui a peu d'équivalent dans le monde des addictions. Un grand nombre de fumeurs échouent avec les traitements de référence et gardent une mauvaise impression du sevrage. Ceci limite les tentatives futures en vue d'une abstinence.

L'offre de soins doit correspondre et s'adapter aux besoins de la population. L'addiction ne se résume pas à la dépendance. Ses déterminants nécessitent des outils thérapeutiques permettant d'accompagner les patients dans leur choix et leur cheminement progressif vers l'arrêt de la substance. La rechute après un sevrage tabagique est un événement très fréquent. Il serait donc intéressant d'avoir des guidelines plus efficaces et plus riches en termes d'outils qui permettraient d'agir plus efficacement.

Les possibilités de succès sont plus importantes quand nous prenons le temps de s'y préparer. L'arrêt du tabac doit être considéré comme un apprentissage. Il faut se débarrasser de réflexes conditionnés et d'automatismes acquis pendant les années de tabagisme. Ce que les patients analysent probablement comme un manque de volonté peut être un signe de dépendance à la nicotine mais également être lié aux craintes et aux représentations mentales

qui les bloquent dans leurs tentatives d'arrêt. Avoir un outil thérapeutique permettant de rendre plus confortable cet apprentissage serait un atout important dans la lutte antitabac.

L'hypnose est un outil psychothérapeutique applicable comme un catalyseur motivationnel et hypothétiquement utile que ce soit pour de simples interventions brèves en cas d'addiction modérée ou comme une aide au sevrage dans les addictions sévères en permettant un déconditionnement des pratiques addictives. C'est pourquoi l'hypnose pourrait être un outil intéressant dans le vécu du sevrage que peut avoir le fumeur.

I.5. Hypothèses de travail

Le fumeur en sevrage est physiquement et psychologiquement vulnérable. Les symptômes de sevrage (irritabilité, anxiété, difficultés de concentration, envies de consommer, humeur dépressive...) limitent les possibilités de réussite dans ce projet d'arrêt du tabac et causent une souffrance significative pour le patient. Les symptômes de sevrage conditionnent négativement l'expérience du sevrage et précipitent la rechute. Ils sont directement liés au maintien de l'abstinence et limitent la motivation pour une prochaine tentative d'arrêt.

Le sevrage tabagique repose sur un système dynamique complexe qui ne se limite pas à la dépendance physique, qui est la cible des TSN, mais également à la dépendance psychologique et à la dépendance comportementale. C'est pourquoi il serait intéressant d'avoir une méthode d'aide au sevrage tabagique qui puisse être bénéfique sur ces trois dimensions.

L'hypnose pourrait être cet outil complémentaire dans le vécu du sevrage que peut avoir le fumeur. L'hypnose a déjà prouvé son efficacité en médecine. Elle a un poids suffisamment important dans la littérature dans l'amélioration des effets psychosomatiques et dans la qualité de vie pour envisager de telles études. L'idée présentée ici est de comparer la qualité du sevrage tabagique entre un groupe bénéficiant de l'utilisation de l'hypnose et un groupe bénéficiant de l'utilisation des TSN.

Bien que ces deux traitements puissent être complémentaires, des premières études sont nécessaires pour évaluer la place de l'hypnose dans le sevrage tabagique (et non pas dans l'abstinence seule). D'autant plus que l'hypnose est souvent négligée au regard d'autres thérapeutiques alors qu'elle a un bon profil d'innocuité et qu'elle permet d'autonomiser le patient dans la durée grâce à l'autohypnose. Il serait également possible d'utiliser l'hypnothérapie en groupe afin d'avoir un meilleur impact dans la lutte antitabac.

Nous pensons que cette méthode d'aide au sevrage tabagique peut agir positivement sur les trois dimensions de la dépendance au tabac grâce à ses propriétés sur les symptômes fonctionnels en plus d'un accompagnement psychologique propre à l'hypnose. Elle permettrait de mieux gérer le craving, l'irritabilité et les éléments anxiodépressifs réactionnels pendant le sevrage et de ce fait valoriser une abstinence plus confortable et plus durable en permettant une expérience du sevrage la plus positive possible.

Notre hypothèse de recherche est que l'hypnose a une efficacité supérieure par rapport aux traitements de substitution nicotinique dans la prise en charge globale du syndrome de sevrage tabagique.

I.6. Retombées attendues

Cette étude est une comparaison de la qualité du sevrage par l'évaluation de l'intensité des symptômes de sevrage pendant les premières semaines de mise en place de ces deux méthodes distinctes. L'objectif est d'avoir une efficacité supérieure de l'hypnose à celle des traitements de substitution nicotinique dans le traitement du syndrome de sevrage tabagique.

Nous pourrions obtenir une première évaluation scientifique de la place de l'hypnose dans le sevrage tabagique. Cela ouvrira la possibilité d'envisager des études de plus grande taille afin d'éventuellement valider cet outil dans le panel des méthodes déjà existantes permettant un sevrage tabagique plus confortable qualitativement. Cela permettra de vivre une meilleure expérience du sevrage tabagique afin de faciliter l'abstinence et de l'inscrire dans la durée. Cette étude pourrait être un argument supplémentaire pour considérer la place de l'hypnose dans le sevrage tabagique afin de promouvoir le développement et l'accès à cet outil thérapeutique.

Dans un premier temps il est nécessaire de comparer l'hypnose au traitement de référence même si elle peut venir en complément des autres thérapeutiques déjà existantes.

En ajoutant cette thérapeutique complémentaire dans la lutte antitabac nous pourrions augmenter le nombre de thérapeutes afin de faciliter l'accès aux soins pour avoir une meilleure couverture nationale en termes de sensibilisation et de prise en charge. Un réel progrès thérapeutique est attendu dans la lutte antitabac. De plus l'autohypnose, qui est inoffensive et gratuite, permet au patient de créer une défense évolutive et personnelle dans son combat de l'addiction. L'avantage de cet outil thérapeutique réside dans le fait qu'il ne se limite pas uniquement au tabac.

Par la suite il serait intéressant d'avoir davantage de recul vis à vis d'une approche plus collective de l'hypnose dans le sevrage tabagique. Cette éventuelle validation de l'hypnose pourrait avoir d'importantes répercussions en termes de santé publique et de dépenses publiques. En effet l'hypnose peut se pratiquer en groupe, elle ne nécessite pas de prescription par un médecin et possède un risque d'effets secondaires minimal dans un domaine où malgré l'existence des TSN et de méthodes ayant prouvé leur efficacité, le sevrage du tabac reste problématique.

I.7. Objectifs de l'étude

I.7.1. Objectif principal

L'objectif principal est de comparer l'intensité du syndrome de sevrage tabagique à sept jours (J7) suivant un sevrage tabagique chez des patients adultes fumeurs entre un groupe traité par hypnose versus un groupe traité par traitement de substitution nicotinique.

L'intensité du syndrome de sevrage tabagique est évaluée grâce à l'échelle de sevrage de la cigarette (Cigarette Withdrawal Scale - 21 items (CWS-21)).

Le critère de jugement principal est l'évaluation du score d'intensité du syndrome de sevrage tabagique à J7 en fonction du groupe traité grâce à la CWS-21.

I.7.2. Objectifs secondaires

Nous comparons l'évolution aux différents temps de l'étude (J0, J2, J7, J15, J30) suivant un sevrage tabagique chez des patients adultes fumeurs entre un groupe traité par hypnose versus un groupe traité par traitement de substitution nicotinique :

- De l'intensité du syndrome de sevrage tabagique par la CWS-21,
- De la dépendance au tabac par le test de dépendance à la nicotine de Fagerström (FTND),
- De la quantité de tabac consommée en nombre de cigarettes par jour sur déclaration du patient,
- Du craving à l'aide du French Tobacco Craving Questionnaire – 12 items (FTCQ-12),
- De la motivation pour arrêter de fumer par une échelle visuelle analogique (EVA),
- De la confiance au succès du sevrage tabagique par une échelle visuelle analogique (EVA),
- Des symptômes dépressifs à l'aide de la Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS),
- Des symptômes anxieux à l'aide de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A).

Un des objectifs secondaires est également de rechercher une différence d'intensité du syndrome de sevrage tabagique entre les deux groupes à chacune des étapes de l'étude (J0, J2, J15 et J30) lors de la cotation de la CWS-21.

L'évaluation des critères de jugement secondaires porte en fonction du groupe traité sur :

- Le score d'intensité du syndrome de sevrage tabagique en fonction de la CWS-21 à J0, J2, J15 et J30,
- L'évolution de la dépendance au tabac en fonction des scores du FTND à J0 et J30,
- L'évolution de la quantité de tabac consommée par jour sur déclaration du patient entre J0, J7 et J30,
- L'évolution de l'intensité du syndrome de sevrage tabagique par les scores de la CWS-21 à J0, J2, J7, J15 et J30,
- L'évolution du craving par les scores du FTCQ-12 à J0, J2, J7, J15 et J30,
- L'évolution de la motivation pour arrêter de fumer sur une échelle visuelle analogique de 0 à 10 à J0, J7 et J30,
- L'évolution de la confiance au succès du sevrage tabagique sur une échelle visuelle analogique de 0 à 10 à J0, J7 et J30,
- L'évolution des symptômes dépressifs en fonction de l'échelle MADRS à J0, J7 et J30,
- L'évolution des symptômes anxieux en fonction de l'échelle d'Anxiété de Hamilton à J0, J7 et J30.

I.8. Matériel et Méthodes

I.8.1. Population étudiée

I.8.1.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont au nombre de six :

- Homme ou femme de plus de 18 ans.
- Sujets fumeurs souhaitant arrêter.
- Dépendance supérieure ou égale à 5 au test de Fagerström.
- Patient acceptant d'utiliser toutes les méthodes de sevrage proposées au questionnaire de pré-sélection.
- Patient assuré social.
- Patient(e) ayant donné(e) son consentement de participation éclairé.

Afin de pouvoir inclure les patients il est nécessaire qu'ils soient majeurs, dépendants au tabac et en volonté de sevrage.

Concernant la dépendance au tabac, nous avons choisi d'inclure les patients ayant une dépendance moyenne à forte voire très forte car les recommandations de la HAS sont d'utiliser un traitement médicamenteux dans l'aide au sevrage tabagique à partir d'une dépendance moyenne. En effet, en deçà du score de cinq au test de Fagerström la dépendance est considérée comme faible et ne justifie pas la prescription d'un traitement en systématique. Par ailleurs les données sont insuffisantes dans la littérature sur la cinétique du sevrage en tabac en cas de faible dépendance pour pouvoir attester de l'absence de biais. C'est également à partir d'une dépendance moyenne que l'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotinique est considérée comme un facteur de réussite.

Les patients doivent accepter d'utiliser toutes les méthodes de sevrage proposées au questionnaire de pré-sélection (hypnose, hypnose + TSN et TSN).

Les patients avec des antécédents de troubles psychiatriques tels que la dépression ou souffrant d'une pathologie psychiatrique chronique comme la schizophrénie peuvent être inclus si la pathologie est stabilisée. Le suivi renforcé imposé par le schéma de l'étude est même profitable pour les personnes ayant des antécédents de dépression ou de troubles anxieux pour évaluer les retentissements du syndrome de sevrage. La littérature recommande un suivi pluridisciplinaire pour avoir un regard par un(e) psychiatre, ce qui est le cas dans l'étude menée ici. Par ailleurs, il n'a pas été retrouvé de risque significatif de décompensation chez les patients atteints de troubles psychotiques stabilisés (171).

Les patientes qui allaitent peuvent être incluses. Bien qu'il ne soit pas recommandé de fumer pendant l'allaitement, si la mère est fumeuse, il est néanmoins recommandé d'allaiter dans l'intérêt de l'enfant. Il est recommandé de proposer aux mères de prolonger au maximum la durée d'allaitement maternel. Le tabagisme passif augmente le risque de développer des maladies respiratoires infantiles mais cette conséquence est réduite par l'allaitement maternel, d'autant plus qu'il est de longue durée (supérieur à 4 mois) (296,297). Par ailleurs, les TSN peuvent être utilisés par les femmes qui allaitent.

Les patientes qui ont une contraception hormonale et les patients ayant des antécédents cardiovasculaires peuvent être inclus. D'autant plus qu'en raison de l'augmentation du risque

cardio-vasculaire avec le tabac, un sevrage est fortement recommandé. Il est prouvé qu'une démarche de RdRD est bénéfique, d'autant plus que si le suivi est réalisé par des professionnels de santé (183).

Les patients qui cherchent une abstinence temporaire (exemple d'un patient voulant arrêter de fumeur trois mois pour une raison précise) peuvent bénéficier de ce protocole d'étude qui permet d'expérimenter et d'identifier leur capacité à arrêter. Cet arrêt entraîne, tous comme les autres patients, un syndrome de sevrage tabagique qui est suivi au cours de l'étude. Cette expérience pourra être utilisée ultérieurement par les patients ou un professionnel de santé comme un élément positif de compétence acquise. Elle permettra de valoriser les capacités d'arrêt définitif du tabac du patient. Le suivi proposé par l'étude permet d'accompagner les patients dans leur démarche et les encourage à envisager d'autres situations pendant lesquelles ils pourront expérimenter l'abstinence au long cours.

I.8.1.2. Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion sont au nombre de treize :

- Patient(e) en incapacité(e) de comprendre l'étude ou de remplir les questionnaires (analphabète, déficience mentale sévère...).
- Patient(e) placé(e) sous mesure de protection (tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice)
- Femme fumeuse enceinte ou en projet de grossesse.
- Maladie grave liée au tabac (BPCO, cancer...).
- Maladie grave en cours non équilibrée.
- Pronostic vital engagé à court terme.
- Patient(e) hospitalisé(e) au moment de l'inclusion.
- Opération lourde nécessitant un arrêt du tabac prévue dans les 6 mois.
- Score > 21 à la MADRS.
- Score > 12 chez l'homme et > 11 chez la femme à l'AUDIT.
- Score ≥ 3 au CAST.
- Score > 29 à l'HAM-A.
- Toutes conditions, situations ou circonstances pour lesquelles, selon l'opinion de l'investigateur ou une personne associée mandatée à cet effet, l'indication de l'hypnose n'est pas dans le meilleur intérêt du patient (idées délirantes, idées suicidaires...).

Les patient(e)s qui souhaitent arrêter de fumer doivent être volontaires tout en ayant les capacités de pouvoir formuler leur consentement. De ce fait ils doivent être en capacité de comprendre les restrictions du protocole. C'est pourquoi toutes les situations ou circonstances qui peuvent empêcher ou limiter les évaluations spécifiques à l'étude ou la compréhension de l'étude (analphabète, déficience mentale sévère...) sont un motif de non-inclusion.

Les mineurs ne sont pas inclus pour plusieurs raisons, notamment parce que la formation des thérapeutes est non adaptée aux enfants et que les échelles d'évaluations utilisées dans cette étude ne sont validées que chez l'adulte.

La prise en charge de la femme fumeuse enceinte ou en projet de grossesse est plus complexe et plus spécifique. Les interventions d'aide au sevrage destinées aux femmes fumeuses à la première consultation prénatale ainsi que tout au long de la grossesse doivent être soutenues. Selon la HAS (2014), il est recommandé que les médecins fournissent un accompagnement psychologique aux patientes ou les orientent au besoin vers un accompagnement plus renforcé, afin de maximiser leur taux de succès d'arrêt. Ne pouvant se concilier cet étayage avec le schéma de l'étude, une femme enceinte ou ayant un projet de grossesse ne peut pas être incluse. Elle est immédiatement orientée vers des structures spécialisées qui peuvent lui fournir un suivi renforcé adapté au contexte de la périnatalité. Les femmes en âge de procréer doivent réaliser un test de grossesse urinaire lors de la visite d'inclusion dont le résultat leur est immédiatement communiqué.

Les patient(e)s souffrants de maladies graves liées au tabac sont non-inclus car ils sont plus réceptifs à l'hypnose (biais motivationnels) (298). Cette plus grande motivation s'explique par nombreuses tentatives d'arrêt passées non fructueuses (bien souvent avec les TSN), par une attente positive de l'hypnose et par leur maladie qui est directement liée au tabagisme. C'est pourquoi les patients ne sont pas recrutés lors de consultations en pneumologie.

Les patient(e)s qui ont une maladie sévère non équilibrée (cancer, SEP...) ou une opération grave nécessitant un arrêt du tabac rapide sont non-inclus afin de leur proposer une prise en charge renforcée associée au traitement spécifique de leur affection médicale selon les recommandations de la HAS. Les patients ayant un pronostic vital engagé à court terme ne sont pas inclus, même s'ils souhaitent un arrêt du tabac, car l'étude proposée ici ne peut leur fournir un suivi avec une adaptabilité satisfaisante en fonction de l'évolution de leur état de santé ni un sevrage tabagique renforcé taillé sur mesure. De plus ce sont des situations qui nécessitent fréquemment des adaptations thérapeutiques lors de soins palliatifs (antalgiques, anxiolytiques, etc.) qui viendraient interférer avec les évaluations de l'étude.

Nous avons choisi de recruter un échantillon de patients dans la population générale en ambulatoire car les études montrent des biais importants concernant l'efficacité de l'hypnose et les traitements de l'arrêt du tabac en milieu hospitalier. Les patients hospitalisés ne sont pas éligibles afin de limiter des biais de sélection et de mesure (299,300). Ces biais s'expliquent principalement par une motivation différente mais également par des symptômes cliniques liés aux motifs d'hospitalisation (et prise en charge) pouvant camoufler ou renforcer le syndrome de sevrage tabagique. Les patients perçoivent également d'autres bénéfices liés au contexte de l'hospitalisation. C'est un moment où nous apportons des conseils auprès du patient et c'est souvent un moment opportun pour entamer un sevrage. Tous ces biais interféreraient avec les évaluations des critères de jugement de la recherche.

De plus si le patient souffre d'une pathologie nécessitant une prise en charge addictologique spécifique et renforcée liée à sa maladie ou ses risques de complications (par exemple, les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool ou des opiacés grave), l'encadrement ambulatoire proposé par l'étude ne sera pas suffisant.

Nous choisissons de préciser que toute condition, situation ou circonstance pour lesquelles, selon l'opinion de l'investigateur, la participation à l'essai n'est pas dans le meilleur intérêt du patient est un motif de non-inclusion. Par exemple, chez un patient souffrant d'un trouble psychotique non décompensé mais relativement instable, l'hypnose est déconseillée. Si le patient est stabilisé, le choix est fait par l'investigateur lors de la visite d'inclusion selon le rapport bénéfice/risque (nombre de décompensations, type de pathologie psychotique, durée de la stabilité, etc.).

I.8.1.3. Modalités de recrutement

Il est proposé aux patients adultes fumeurs, issus de la population générale, reçus en consultation chez leur médecin généraliste et souhaitant un sevrage tabagique, de participer à l'étude. Les patients fumeurs souhaitant un sevrage tabagique sont adressés par les médecins généralistes préalablement formés au protocole de pré-sélection pour la visite d'inclusion s'ils sont éligibles.

L'investigateur ou les personnes associées peuvent également réaliser la visite de pré-sélection lors d'une demande d'aide au sevrage tabagique ambulatoire et vérifier l'éligibilité des patients.

Le protocole de pré-sélection comprend un questionnaire de pré-sélection, une lettre d'information et une enveloppe affranchie pour nous adresser le questionnaire de pré-sélection rempli. Ce dernier est composé de la plupart des items des critères d'inclusion et de non-inclusion afin de faire une première « pré-sélection » (cf. visite de pré-sélection).

I.8.1.4. Nombre de sujets nécessaires

Nous espérons, lorsque l'étude sera menée à son terme, mettre en évidence une différence significative entre les groupes, supérieure à huit points. Ces huit points correspondent à la différence de score obtenue par des fumeurs(euses) quotidiens et des ex-fumeurs(euses) dans les études ayant utilisé la Cigarette Withdrawal Scale - 21 items (301–304). Nous pensons atteindre cette différence car le traitement par hypnose doit permettre de mieux gérer les symptômes de sevrage lors de l'arrêt du tabac (irritabilité, craving, éléments anxio-dépressifs...), et devrait apporter un réel bénéfice par rapport aux TSN dans le confort de prise en charge.

En considérant une différence de huit points sur le score total de l'échelle CWS-21 entre deux groupes, avec un écart-type de huit, une puissance de 80%, et un risque alpha de 5%, il est nécessaire d'inclure 12 personnes par groupe. Nous avons envisagé 20% perdus de vue étant donné le risque accru de perdus de vue dans le suivi des troubles de l'usage de substances tel que le tabac (nombreux échecs passés, peu de conséquences si sorties d'étude, pratiques addictives et sevrage complexe majorant l'instabilité ainsi que l'observance) et l'impact majeur de quelques perdus de vue sur un faible échantillon. Ce qui nous a conduit à estimer un nombre de sujets nécessaires (NSN) total à 30.

Les inclusions s'arrêteront dès que le nombre nécessaire de patients sera atteint. La durée maximale de la période inclusion est de dix mois.

I.8.2. Justification des stratégies thérapeutiques

I.8.2.1. Traitements de substitution nicotinique

Les traitements de substitution nicotinique sont les médicaments les plus étudiés dans le sevrage tabagique. Ils ont largement prouvé leur efficacité au fil des ans et des études dans le sevrage tabagique (305). C'est également la seule thérapeutique pharmacologique qui serait efficace et tolérable chez la personne âgée en première intention (306). C'est pourquoi il n'y a pas de limitation d'âge pour cette étude. Les taux de réussite d'arrêt du tabac dans une population sans aucun traitement de sevrage sont compris entre 3 % et 5 % (307), l'utilisation de TSN permet d'augmenter ces taux de 2 % à 3 %.

Les TSN sont la méthode d'aide au sevrage tabagique de première intention au regard de leur balance bénéfique/risque chez les patients qui nécessitent un traitement pharmacologique. Il est recommandé que l'aide à l'arrêt se fasse dans le cadre de consultations dédiées, c'est-à-dire spécifiquement consacrées à cette prise en charge. C'est pourquoi les médecins généralistes ne prescrivent pas les TSN dans cette étude car n'étant pas, pour la plupart, spécifiquement formés à la délivrance de ces substituts.

De nombreux fumeurs ont une connaissance insuffisante et des attitudes négatives à l'égard des TSN (308). Dans la majorité des cas les traitements ont été insuffisamment utilisés ou prescrits de manière non optimale. C'est pourquoi les consultations dans le groupe TSN sont faites par des addictologues formés à la délivrance des traitements de substitution. Ceci permet de supposer qu'un patient ayant déjà arrêté sans succès avec l'aide des TSN gardent des chances de succès s'il est dans le groupe TSN. Ces traitements sont une aide dans le sevrage mais ils ne doivent pas constituer à eux seuls le traitement de l'aide à l'arrêt du tabac. Les recommandations actuelles préconisent également d'associer les TSN à un accompagnement psychologique pour une meilleure efficacité. C'est en ce sens que tous les addictologues sont formés à cette prescription mais également aux entretiens motivationnels et conseils brefs. Ce « gold standard » donne toutes les armes nécessaires pour un sevrage réussi, y compris chez un patient ayant déjà utilisé cette thérapeutique.

Le choix du groupe contrôle à inclure dans cette étude s'est porté sur celui où sont prescrit les TSN afin de comparer l'hypnose avec les traitements de référence pour permettre d'avoir un référentiel solide. Ainsi nous pourrions avoir une idée de l'efficacité pouvant être attendue de l'hypnothérapie par rapport à un traitement bien documenté et plus facilement évaluable en essai clinique qu'une autre psychothérapie.

Les recommandations de bonnes pratiques de la HAS stipulent que les TSN doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée, d'au minimum trois mois. La durée moyenne d'un traitement substitutif nicotinique est de six semaines à six mois selon les personnes lorsqu'il existe une bonne observance. C'est pourquoi le suivi est maintenu et prévu pour une durée adaptée au-delà de la période d'évaluation d'un mois propre à l'étude. Conformément aux recommandations de bonnes pratiques, nous avons prévu une quantité suffisante de TSN pour tous les patients inclus pour une durée de trois mois. C'est le temps moyen recommandé pour un suivi en tabacologie lors d'une prescription de TSN. Malgré le fait qu'une prescription de patches supérieure à huit semaines ne semblent pas plus efficace qu'une prescription d'une durée inférieure (niveau de preuve 3) (183). Dans tous les cas, les patients bénéficieront d'une prise en charge optimale du sevrage en tabac à la fin du mois d'évaluation de l'étude.

Il n'a pas été montré d'efficacité à l'utilisation des TSN en amont de l'arrêt du tabac (309). Cela permet d'accepter la non délivrance de ce traitement au moment de l'inclusion, tout en sachant que le patient sera rapidement orienté vers le thérapeute de son groupe à la suite de la visite d'inclusion.

Une revue systématique de la littérature a comparé l'efficacité des différents traitements utilisés pour le sevrage tabagique chez des fumeurs adultes (218). La varénicline n'était pas plus efficace qu'une combinaison de TSN. Une combinaison de TSN était plus efficace qu'une forme unique de TSN et la combinaison d'un TSN avec de la nortriptyline ou du bupropion n'était pas plus efficace que le TSN seul. L'utilisation seul des TSN se justifie donc pleinement.

Une revue systématique portant spécifiquement sur le rapport coût/efficacité des TSN et le bupropion a été publiée dans le cadre du programme d'Health Technology Assessment à la demande du National Institute of Clinical Excellence (NICE) (310). Elle démontre l'efficacité des TSN et du bupropion LP. Le profil d'innocuité est favorable aux TSN, au regard du risque faible mais réel de convulsions associé à l'utilisation du bupropion.

Concernant l'innocuité des TSN à long terme, une étude de 2009 (311) montre que l'utilisation de TSN n'était pas associée à un risque de cancer du poumon, contrairement au tabagisme qui était significativement associé au risque de cancer du poumon. Cette affirmation reste vraie dans un modèle intégrant simultanément l'utilisation de TSN et le tabagisme (par exemple, dans le cadre d'une réduction de la consommation). L'utilisation de TSN n'était pas non plus associée au risque de cancer du poumon, alors que le tabagisme l'était toujours. Et l'utilisation de TSN n'était pas significativement associée aux autres cancers. Les substituts permettent d'absorber seulement de la nicotine, à la différence de la fumée du tabac qui contient plus de trois mille substances toxiques. L'addiction au tabac étant une maladie chronique, le traitement peut être prolongé aussi longtemps que nécessaire.

Les addictologues prescrivent des patchs transdermiques de 24h de posologie adaptée chez tous les patients du groupe TSN. Ce système transdermique a l'avantage de produire une faible vitesse d'absorption et permet d'obtenir une nicotémie relativement constante au cours du temps. Les patchs diffusent de la nicotine de manière lente et régulière, contrairement aux « pics » de nicotine que procure la cigarette qui favorisent le potentiel addictif. Cette forme galénique permet une meilleure standardisation de la substitution nicotinique, et de ce fait, une meilleure comparaison entre les deux groupes traités. La délivrance sur 24h est plus stable et plus confortable pour le patient. De plus, il n'a pas été mis en évidence de différence entre sevrage progressif et sevrage brutal des patchs (183). Ceci nous permet de ne pas créer un protocole de suivi particulier pour l'arrêt des patchs au sein de cette étude. Il est régulièrement prescrit en pratique courante une diminution progressive relativement rapide pour éviter un possible inconfort pour les patients et limiter une augmentation du craving qui a tendance à persister plus longtemps. Cette diminution est faite au sein l'étude de la même manière qu'une prescription habituelle en tabacologie dans le cadre d'une décision partagée entre le patient et son thérapeute. Nous disposons dans cette étude des trois dosages de patch nicotinique (7 mg/24h, 14 mg/24h et 21 mg/24h) pour pouvoir les adapter aux patients en fonction de leur dépendance.

Les traitements nicotiques de substitution, quelles que soient leurs formes galéniques, sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou un placebo. Les TSN augmentent l'abstinence à 6 mois de 50 % à 70 % (niveau de preuve 2) (183). Toutes les formes galéniques de TSN aident les patients demandeur d'un sevrage tabagique. La combinaison d'un timbre transdermique avec une forme de TSN d'administration rapide (gomme, inhalateur, etc.) est plus efficace qu'une forme unique de TSN avec un même niveau de preuve (305). Il est possible de combiner des formes orales aux patchs. La prescription de patchs dans l'étude peut donc être associée à des interdoses de gomme nicotinique en fonction des besoins du patient. Les interdoses d'administration rapide, sont uniquement des gommes ou des comprimés à sucer pour éviter la multiplicité des formes et avoir une meilleure comparaison. Ces interdoses ne sont pas obligatoires et leur prescription est appréciée par l'addictologue en fonction des attentes du patient et de sa dépendance à la nicotine selon les recommandations actuelles de manière standardisée. Comme le précise la HAS il est recommandé d'adapter le type de TSN en fonction des préférences du patient, d'où le choix de gomme ou compresseur à sucer pour les interdoses éventuelles. Ces trois formes

galéniques (patchs, gommes, comprimés) permettent de couvrir toute les possibilités sans pour autant disperser la prescription des TSN. De plus, ces trois formes sont généralement mieux tolérées et bénéficient d'une meilleure observance que les inhalateurs ou les sprays buccaux. Leur prescription est également plus aisée (par exemple, l'utilisation d'un spray buccal nécessite impérativement de s'abstenir de fumer).

Concernant les plus forts consommateurs (plus de 30 cigarettes par jour), il y a un bénéfice significatif observé lors de l'utilisation des gommes de 4 mg comparativement aux gommes de 2 mg, mais des preuves plus faibles d'un bénéfice associé à des doses plus élevées délivrées par patchs transdermiques (305). C'est pourquoi nous avons prévu de disposer plusieurs posologies de gommes nicotiques disponibles dans cette étude. Nous avons donc à disposition des dosages de 2 mg et de 4 mg. Il n'a pas été mis en évidence un bénéfice significatif d'utilisation de différents dosages de comprimés à sucer. C'est pourquoi nous avons choisi d'utiliser des comprimés à sucer nicotiques de 2 mg. L'addictologue adaptera la posologie en fonction de la dépendance du patient.

Il est également possible dans un premier temps d'associer les TSN et consommation de tabac, y compris chez les femmes enceintes et les patients souffrants de maladie cardiovasculaire. Cette stratégie se place dans la réduction des risques et des dommages.

Un autre point est également important, les TSN sont les principaux traitements de sevrage du tabac remboursés par l'assurance maladie. Le remboursement forfaitaire des substituts nicotiques acquis sur prescription est fixé à 150 euros par an à l'ensemble des fumeurs depuis 2016. Depuis 2018, plusieurs formes de TSN ne sont plus prises en charge dans le remboursement forfaitaire car ils sont désormais remboursables à 65 % sur prescription (le forfait d'aide au sevrage tabagique de 150 € est maintenu jusqu'au 31/12/2018 pour les autres substituts nicotiques non remboursables). Les complémentaires santé prennent en charge le ticket modérateur de ces médicaments. Cette prise en charge permet d'éviter l'avance de frais chez le pharmacien (nécessaire dans le cadre du forfait) et d'avoir le même tarif dans toutes les pharmacies pour ces traitements. L'accès aux TSN est donc moins limitant pour les patients car ils n'ont plus à avancer les frais. En somme, le fait d'utiliser les TSN dans l'étude présentée ici permet un accès aux traitements plus facile aux patients dans l'avenir en cas de rechutes avec un nouveau projet sevrage s'ils souhaitent une aide pharmacologique.

La majorité des patients qui viennent pour un sevrage ont déjà utilisé des TSN, ce qui nous permet de facilement proposer l'hypnose dans un des groupes étant donné que le traitement de première intention a déjà été utilisé. Dans le groupe traité par hypnose il est systématique proposé à la fin du mois d'évaluation d'utiliser les TSN.

Les TSN sont donc prescrits sous forme de patchs de posologie adaptée à la dépendance nicotique, associés ou non à des interdoses de gommes ou comprimés à sucer. Les TSN sont directement délivrés lors de la consultation en quantité suffisante pour trois semaines. Les TSN sont prescrits à chaque consultation, même dans le cas où le patient ne les prend plus quelques jours après la première consultation, car nous ne pouvons pas présumer ce que sera le vécu du sevrage tabagique dans les jours à venir. Et comme nous l'avons précédemment mentionné, les TSN, quelles que soient leurs formes, sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo.

Les risques d'événements indésirables

Des risques significatifs d'événements indésirables associés à l'utilisation de toutes les formes de TSN confondues ont été mis en évidence dans une revue de la littérature de 2010 qui retrouvait : palpitations cardiaques, douleurs de poitrine, nausées, vomissements, douleurs gastro-intestinales et insomnies (217) (cf. Partie I, les substituts nicotiques). Dans cette même revue de littérature l'utilisation de patchs transdermiques était associée à un risque significatif d'irritations de la peau. En effet il peut y avoir des intolérances cutanées à l'endroit où le timbre est posé, ce mécanisme est similaire aux intolérances de certains pansements. Toutefois, ces intolérances sont surestimées par les patients, qui arrêtent trop rapidement le sevrage. Il peut exister des picotements qui peuvent surprendre le fumeur ayant mis un patch pour la première fois, mais ces démangeaisons s'estompent d'elles-mêmes et disparaissent en moins de 60 min. Si toutefois, le patient présente une intolérance avérée, elle sera notée dans le cahier d'observations de l'étude (CRF) et l'addictologue adaptera en conséquence les posologies des autres substituts nicotiques (gommes et/ou comprimés à sucer). De la même manière, si le patient utilise de manière non conventionnelle (prise anarchique, prise pendant deux semaines uniquement...) les patchs, cette information sera notée dans le CRF et l'addictologue adaptera en conséquence la prescription des autres substituts nicotiques (gommes et/ou comprimés à sucer). Le suivi se fera selon le protocole même si le patient ne prend plus de TSN afin d'être représentatif de la réalité (suivi addictologique en dehors de la recherche). Il se peut que les TSN aient été efficaces, ou non utiles, etc.

L'utilisation des TSN de forme orale (pastilles, gommes et comprimés) était associée à des risques significatifs de : douleurs bucco-pharyngées, aphtes, hoquet et toux. La revue systématique de littérature Cochrane de Cahill et al. en 2013 (218) a examiné les effets indésirables et les effets indésirables graves des différents traitements pour le sevrage tabagique chez des fumeurs adultes. Les effets indésirables des TSN retrouvés étaient irritation de la peau (54 % des utilisateurs de patchs transdermiques) ; douleurs thoraciques et palpitations cardiaques (2,5 % des utilisateurs des TSN versus 1,4 % dans les groupes contrôles). Les TSN étaient associés à des effets indésirables qui peuvent indisposer les patients sans toutefois mettre en danger leur vie. Les formes orales étaient davantage associées à des effets indésirables que les formes transdermiques ; ce qui conforte notre choix du dispositif transdermique comme TSN de référence. La HAS précise également que cette revue de la littérature n'a pas mis en évidence de liens entre les TSN et des effets indésirables psychiatriques. Il n'y a pas dans la littérature de données suffisantes permettant de conclure à un risque addictif des TSN (183). Tout au long de l'étude et pour chaque patient utilisant les TSN, les effets indésirables éventuels sont expliqués lors des consultations.

Il n'y a pas de contre-indication à l'utilisation des substituts nicotiques chez les fumeurs dépendants qui souhaitent arrêter de fumer. Cependant, l'utilisation des substituts nicotiques doit se faire sous contrôle médical chez les femmes enceintes ou qui allaitent et chez les personnes venant de faire un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral. Ce qui est le cas dans l'étude menée ici.

Les signes de surdosage sont faciles à reconnaître : diarrhée, nausées, bouche pâteuse, insomnie, palpitations, céphalées, lipothymies ou impression d'avoir trop fumé. Il est facile de remédier à cette éventualité, il suffit de décoller le patch pendant quelques heures pour diminuer le dosage puis d'adapter la posologie du patch avec l'addictologue. En cas de surdosage, le changement de posologie sera noté dans le cahier d'observations. Le patient est informé de ce risque pour pouvoir le signaler afin d'adapter les posologies. De plus, une

plaquette informative « Les substituts nicotiniques » leur est délivrée lors de la première consultation de sevrage dans le groupe TSN pour rendre ce repérage plus aisé pour les patients. Les addictologues peuvent également adapter la prescription des TSN en fonction des signes et des symptômes de sous-dosage (troubles de l'humeur, difficultés de concentration, insomnie, frustration, colère, anxiété, augmentation de l'appétit, irritabilité, fiébrilité, et/ou persistance des pulsions à fumer, voire prise persistante de cigarette).

Selon la HAS ces traitements ne présentent pas d'effets indésirables graves. L'utilisation des TSN se fait en première intention, dans le cadre d'un accompagnement par un professionnel de santé, et doivent être prescrits suffisamment longtemps, à un dosage adapté aux patients et aux modes d'utilisation.

Une ordonnance explicative est remise lors de la délivrance des TSN (cf. Annexe 1), similaire aux consignes habituelles délivrées en pratique lors de prescription de TSN. Cela permet de limiter les biais de compréhension ou d'oubli entre les patients même si les patients avec des déficiences mentales ou souffrant d'analphabétisme ne sont pas inclus. Une plaquette informative « Les substituts nicotiniques » de l'INPES leur est également remise lors de la première consultation de sevrage dans le bras TSN.

1.8.2.2. Hypnose

Concernant l'efficacité de l'hypnose sur le syndrome de sevrage tabagique et l'abstinence, les recommandations sont moins tranchées que pour les TSN. Comme nous l'avons mentionné les études sont peu nombreuses dans la littérature et les résultats sont très nuancés. Les problèmes de méthodologie et l'absence de mesures objectives limitent à l'heure actuelle les avancées scientifiques au sujet de la place de l'hypnose dans le sevrage tabagique. De plus toutes les études portent sur l'abstinence et non pas sur la qualité du sevrage.

Lorsque cet outil thérapeutique est choisi par le patient, son utilisation doit systématiquement s'associer à une recommandation d'un traitement qui a prouvé son efficacité. Lors de la visite de pré-sélection, la remise de la lettre d'information et lors de la visite d'inclusion les patients sont informés de l'absence de preuve d'efficacité de l'hypnose tout comme la possibilité d'utiliser des méthodes qui ont prouvé leur efficacité à la fin du mois d'évaluation.

Nous avons mis en évidence au travers de l'étude de diverses publications que l'attrait de l'hypnose peut être puissant. Une majorité de fumeurs viennent en espérant qu'une séance sera l'événement miracle après une longue succession d'échecs. L'idée générale est souvent que le désir de fumer va s'envoler et que le corps va gérer ce changement de manière très confortable. C'est vrai et faux à la fois. Une séance peut effectivement réorienter vers un avenir débarrassé du tabac. Mais l'hypnose, malgré tous les avantages et la puissance de cet outil, reste un outil. La conséquence est que lorsque l'attente est trop grande, la déception l'est d'autant plus. Avec pour finalité le risque de renforcer le schéma dans lequel les patients se trouvent. Le côté agréable de la séance peut donc se transformer en une lancinante sensation d'échec. Il faut se servir de l'engouement du fumeur et de cette motivation du moment sans pour autant se leurrer. Il faut rester en tant que thérapeute dans l'espoir d'un changement minime, réalisable et objectivable.

Les addictions entraînent une succession de neuroadaptations aboutissant à une reprogrammation des circuits neuronaux dont leur rôle est de récompenser les fonctions

vitales par une sensation agréable de plaisir. Il en découle des modifications complexes impliquant le conditionnement, le jugement, le contrôle de soi, la motivation et la mémoire. Ce système cérébral est composé, entre autres, du système de récompense (cf. supra). Qui lui-même est couplé à la mémoire, à un système inhibiteur et à un système exécutif. Ces régions du cerveau sont également impliquées dans la thérapie par l'hypnose (170). Cette thérapie sert à remobiliser la plasticité cérébrale pour faciliter le changement et le déconditionnement. Elle favorise la reconnexion au corps et aux sensations. Elle permet un effet synergique entre son action sur le système cérébral et son accompagnement psychologique. Cela permet de faire prendre conscience au patient qu'il a toutes les substances nécessaires à son bien-être dans son for intérieur. L'objectif est de lui en faciliter l'accès grâce à l'hypnose afin qu'il utilise cet outil de manière indépendante grâce à l'apprentissage de l'autohypnose.

L'hypnose permet donc d'agir sur plusieurs composantes de la dépendance :

- En diminuant les symptômes fonctionnels liés à la dépendance physique,
- En renforcent les ressources des patients afin de limiter la dépendance psychologique,
- En réorientant positivement le patient vers de nouvelles perspectives qui favorisent le changement, sans le diriger, impactant positivement la dépendance comportementale.

L'approche multifactorielle permise par l'hypnose favorise une approche globale qui va au-delà de l'entretien motivationnel. Elle s'appuie sur les croyances et les représentations mentales du patient, permettant un accompagnement dynamique des changements vécus lors d'un sevrage. Le changement d'identification d'un état de fumeur, à ex-fumeur va être plus confortablement amorti (265). L'hypnose améliore également la progression dans les étapes du modèle transthéorique de changement de Prochaska et DiClemente. Le passage de la contemplation à la décision puis à l'action est facilité lorsque nous abordons la motivation et l'ambivalence présentes dans l'addiction, grâce à l'outil hypnotique (312).

Par ailleurs, lors d'un trouble de l'usage d'une substance il existe une fragilité acquise de l'organisme et du psychisme à l'effet du produit lorsqu'on le rencontre de nouveau (180). Des modifications cérébrales que nous pouvons assimiler à des traces mnésiques s'opèrent pendant la consommation. Une métaphore bien connue illustre parfaitement cette fragilité qui persiste même très longtemps après l'arrêt d'une substance. Zullino compare l'effet d'un produit à un passage d'un véhicule sur une route. La vulnérabilité individuelle se traduit par la résistance de la route. Les fréquences des consommations sont associées aux nombres des passages du véhicule et le potentiel addictif du produit au poids du véhicule (313). Un véhicule plus lourd passant régulièrement va laisser des traces synaptiques plus profondes. Si un individu a de nombreux facteurs individuels de vulnérabilité il a une route plus meuble, comme un chemin de terre. Lors des passages du véhicule, cette route développera facilement des ornières. Notamment en cas de passages fréquents d'un véhicule lourd. A l'opposé, un individu sans facteur de vulnérabilité possède route résistante, comme une route bitumée. Ce dernier présentera moins de risque de développer une dépendance (sauf en cas de passages répétés d'un véhicule lourd). Il aura également moins de risque d'avoir des ornières. Les ornières sont le reflet de la dépendance et des traces synaptiques profondes induites par le passage du produit. Elles prédisposent le sujet à une nouvelle dépendance en le conduisant facilement vers d'anciens comportements addictifs lors d'une nouvelle rencontre avec le produit en période d'abstinence. La persistance d'une fragilité est documentée de longue date dans la littérature. C'est pourquoi les patients abstinents ne s'autorisent pas, à juste titre, une

consommation sporadique d'une cigarette. Si cette même cigarette avait été prise dans un autre contexte avant le trouble de l'usage elle n'aurait peut-être pas entraîné un usage nocif menant à la dépendance. Mais lors d'une abstinence il est quasi certains que la dépendance va très rapidement reprendre de sa splendeur. Le tabac est un lourd véhicule à cause de son potentiel addictif et il a tendance à passer souvent sur la route étant donné que les fréquences de consommation du tabac sont généralement importantes. Il est moins facile de sortir d'une ornière que d'une route lisse. Un sujet vulnérable va rapidement se faire véhiculer par le tabac s'il croise ce véhicule en période d'abstinence. L'hypnose, notamment grâce à l'autohypnose, permet d'entretenir les nouvelles routes de l'abstinence grâce à la plasticité cérébrale avec des modifications plus durables. Hypothétiquement l'individu aura une moindre vulnérabilité. L'ex-fumeur prendra plus facilement de nouveaux chemins.

Le suivi et le nombre de séances a été défini grâce aux données de la littérature. Certaines données préconisent une moyenne de trois séances (290). Cependant les propos sont contradictoires. Le Dr. Megglé (314) conclut avec son expérience que dans 90% des cas, une seule séance aurait suffi. Les études oscillent de manière équitable entre une seule séance (271) ou trois séances. Certains préconisent trois séances « intensives » et rapprochées puis plusieurs séances à un mois d'intervalle (276,315). La revue systématique de Barnes et al. en 2010 (275), avec onze études analysées, décrit un nombre de sessions très variable (de un à huit sessions). Nous avons choisi de prévoir un minimum de trois séances afin d'apporter la meilleure prise en charge possible pour les patients. Après la troisième séance (J30), à la fin du mois d'évaluation, les patients pourront discuter avec leur hypnothérapeute de la meilleure articulation des soins à faire en fonction de l'évolution clinique (en plus d'être invités à utiliser les TSN s'ils le souhaitent).

Les hypnothérapeutes sont formés à la pratique d'un script de sevrage tabagique (cf. infra) mais également aux consultations en tabacologie pour uniformiser les pratiques dans les deux groupes et limiter les biais. La plupart des hypnothérapeutes n'avaient pas de formation spécifique en addictologie. C'est pourquoi nous avons proposé plusieurs formations spécifiques pour approfondir les connaissances sur le tabac et apprendre la pratique courante d'une consultation en addictologie pour standardiser les interventions (entretiens motivationnels, conseils brefs, repérage des signes d'alerte clinique, etc.). Cette formation globale reste largement bien moindre qu'une formation d'un ou une addictologue. C'est donc sensiblement des mêmes informations dont ont pu bénéficier les hypnothérapeutes grâce à cette formation complémentaire dans un domaine d'exercice en lien avec leur pratique. Ainsi nous nous rapprochons de la pratique courante (d'un(e) hypnothérapeute encadrant le sevrage tabagique) sans pour autant créer un biais inverse en favorisant le groupe de praticiens dans le bras hypnose. Une notice d'information de quatorze pages a été rédigée pour cette formation. Elle n'a pas été fournie en annexe car elle reprend principalement les données décrites dans la partie I en plus de quelques orientations générales de tabacologie issues du guide pratique de l'INPES. Nous pouvons donc avoir une meilleure comparabilité entre les deux groupes traités, uniformiser les soins et garantir des soins de qualité à tous les patients. L'objectif est d'assurer un minimum de différence dans la pratique des consultations et des évaluations (hétéro-questionnaires) entre les deux groupes, pour pouvoir comparer spécifiquement l'utilisation des TSN versus celle de l'hypnose. C'est pourquoi nous avons également mis en place des formations communes à l'utilisation du CRF et des questionnaires avec tous les thérapeutes de l'étude (addictologues et hypnothérapeutes) en plus de la réunion de mise en place.

Bien que le propre de l'hypnose soit de créer une relation personnalisée avec le patient cette standardisation est nécessaire dans le cadre d'un essai randomisé contrôlé.

Les consultations d'hypnose sont orientées pour le sevrage tabagique mais le thérapeute se réserve le droit de ne pas faire la séance d'hypnose s'il s'aperçoit que celle-ci est non adaptée à l'état clinique du patient (par exemple une instabilité psycho-comportementale majeure) comme c'est le cas dans la pratique usuelle en dehors de l'étude.

I.8.2.3. Création du protocole d'hypnose

Il existe une multitude de protocoles d'hypnose proposés dans le sevrage tabagique. Plusieurs protocoles d'hypnose applicables dans les essais cliniques ont été proposés dans le sevrage du tabac depuis 1994. Cependant ils n'ont pas permis de concilier les contraintes liées à l'hypnose avec celles liées aux études contrôlées et il n'en existe aucun de référence à l'heure actuelle.

La création de ce protocole d'hypnose fait suite à un précédent travail de mémoire pour le diplôme universitaire d'hypnose et thérapies brèves stratégiques et solutionniste à Limoges (années 2015-2017) sur la « Place de l'hypnose et des thérapies brèves dans les sevrages tabagiques ». Lors de ce précédent travail nous avons remarqué une amélioration de la qualité de vie des patients lors du sevrage tabagique par rapport à leurs précédentes tentatives de sevrage sans hypnose. C'est d'ailleurs l'un des points de départ de l'étude menée ici dont l'objectif n'est pas d'apprécier l'abstinence dans la durée mais d'évaluer l'intensité du sevrage tabagique et l'impact sur la qualité de vie. Au cours de ce travail, qui s'apparente en structure à une étude clinique observationnelle sur dix patients, différents protocoles d'hypnose dans le sevrage tabagique ont été utilisés afin d'arriver à établir un protocole relativement cohérent pouvant s'adapter à chaque patients tout en gardant une marge de manœuvre propre à l'hypnose.

En reprenant cette idée nous avons construit plus précisément un nouveau protocole en deux temps pour l'étude menée ici.

Les scripts s'inspirent en partie des travaux réalisés par le Dr Philippe Aïm, le Dr Jean-Marc Benhaïem, le Dr Yves Doutrelugne, le Dr Dominique Megglé, le Dr Daniel Quin et le Dr Pascal Vesproumis (266,267,314,316–319). Ils ont tous donné leurs autorisations pour que nous puissions utiliser certaines de leurs idées et de leurs expériences pour façonner ce nouveau protocole. Pour le reste du protocole, il est issu de nos propres connaissances et de nos propres expériences cliniques (du mémoire et en amont).

Schématiquement une séance d'hypnose classique possède trois grandes parties. La première est l'induction de l'état de transe par un rétrécissement de la vie sensorielle du sujet (par exemple, focalisation sur la respiration). La deuxième partie est l'approfondissement de la transe permettant l'intervention thérapeutique (suggestions hypnotiques, constructions métaphoriques...). Et la troisième partie est le retour à l'état ordinaire de conscience ou le patient reprend contact avec son environnement (80,133).

La séance d'hypnose débutera par l'explication des pratiques de l'hypnose et du déroulement de la séance en fonction de l'objectif à atteindre. C'est au cours de cet échange que l'opérateur collecte les éventuels éléments dont il a besoin pour la séance (les canaux sensoriels privilégiés, ce que le patient aime faire...).

Le script de la première séance (cf. Annexe 2) est principalement inspiré d'un protocole du Dr. Megglé (314). Ce dernier met en avant la distanciation du fumeur par rapport à la société afin que l'individu se centre sur lui-même et ses objectifs.

Il se déroule en cinq parties :

- Une induction avec un approfondissement dans un lieu agréable.
- Un discours sur le tabac asymétrique, en parlant brièvement des effets négatifs et en s'attardant sur les effets positifs.
- Nous invitons ensuite le patient à évaluer si sa balance penche vers les aspects négatifs ou positifs, puis nous créons de la confusion sans suggérer d'arrêter de fumer.
- Nous intégrons le travail avec une « pause » de trois minutes.
- Nous réalisons une suggestion permissive d'amnésie et nous réorientons finalement vers le moment présent.

Nous avons renforcé l'approfondissement de la transe ainsi que les suggestions post hypnotiques pour appuyer le travail du libre choix. Le script de cette recherche a également été aménagé en rajoutant des éléments du corps pour augmenter la proprioception et en ensemençant plus le travail d'autohypnose. Le protocole est standardisé.

Dans les protocoles que nous avons créé pour cette étude nous retrouvons une attention particulière au corps. La respiration est très utile dans les exercices d'hypnose, tant dans l'induction que dans la perception du corps. Ceci a d'autant plus de symbolique pour un futur ex-fumeur. C'est pourquoi nous avons développé l'induction par le biais de la focalisation sur le corps, et notamment la respiration.

Le postulat de base est que l' « on prend une substance de manière volontaire tout en sachant que l'on a plein de raisons de ne pas le faire ». Donc « on ne décide pas ». L'idée de restaurer ce choix et d'amplifier les ressources du patient sur son chemin le remplit de doutes.

« Il y a quelque chose dans la nature humaine qui résiste à l'idée de faire les choses qu'on veut nous imposer. Au contraire, c'est la reconnaissance des droits et de la liberté de l'autre de ne pas changer qui rend le changement possible » Miller, 2002.

« La première chose à faire en psychothérapie est de ne pas essayer de contraindre l'être humain à modifier sa manière de penser ; il est préférable de créer des situations dans lesquelles l'individu modifiera lui-même volontairement sa façon de penser. » Milton Erickson.

Redonner le choix, et donc le contrôle, va permettre au patient d'aller naturellement vers l'objectif qui l'a mené à demander de l'aide au thérapeute. Il n'y a pas de « lâcher-prise » par l'hypnose, au contraire. L'hypnose permet de se réapproprier cette injonction paradoxale pour agir sur la problématique amenée par le patient. Le patient va faire une relecture de sa problématique au travers de ses perceptions et de son imaginaire. Le thérapeute montre simplement au patient qu'il a le choix, sans forcer, car ce serait contreproductif au changement. Le patient va prendre les prises qu'il souhaite pour monter jusqu'à son objectif.

Le thérapeute doit d'abord faire remarquer que le changement est déjà là étant donné que le patient consulte. Le fait de montrer le chemin déjà largement amorcé dans les étapes de changement décrites par Prochaska et DiClemente permet de le concrétiser et d'accompagner

ce mouvement. L'addiction doit être considérée par le thérapeute comme déjà en voie de résolution. Ce qui représente une des plus efficaces suggestions. Lors de la séance l'hypnothérapeute parlera du tabac comme étant extérieur ou passé, et ce « saupoudrage » à la manière d'Erickson favorisera l'émergence d'une anticipation positive.

Le côté anonyme, standardisé et stéréotypé du script pourrait s'opposer à l'unicité des personnes et diminuer l'efficacité de l'hypnose qui, selon Milton Erickson, se taille sur mesure. L'avantage de ce protocole c'est qu'il repose sur des généralités précises qui dénomment des catégories universelles d'expérience humaine. Des vérités générales que tout un chacun a vécu. Le patient y retrouve ses propres expériences très personnelles qui pour lui ont beaucoup de sens. Il va dessiner sa propre interprétation du script et le rendre unique. Cela permet d'avoir un protocole standardisé permettant d'objectiver une certaine reproductibilité nécessaire à une étude scientifique, afin de limiter les biais sans pour autant contraindre le patient dans son hypnose. De ce fait, nous pouvons mesurer des phénomènes conscients et interindividuels malgré ceux moins mesurables de l'inconscient. A noter que cette partie non consciente reste également valable pour toute intervention thérapeutique, y compris médicamenteuse, mais elle est moins bruyante que l'outil hypnotique qui en fait son essence.

Les consultations de suivi dans le groupe traité par hypnose peuvent utiliser des scripts différents en fonction de l'évolution du syndrome de sevrage tabagique. Ceci se fait de la même manière qu'une adaptation de posologie pour un traitement sous-dosé ou un changement de forme galénique pour augmenter le confort d'utilisation. La séance d'hypnose peut s'adapter aux retours des patients. Par exemple un patient qui présente une anxiété envahissante mais isolée peut bénéficier d'une séance permettant de l'apaiser grâce à un lieu agréable sécurisé et d'ancrer cet état d'apaisement afin qu'il puisse le développer à travers l'autohypnose. Un autre exemple, si le patient recherche plus l'expression du corps et de l'aversion, l'utilisation du script inspiré du Dr. Benhaïem qui prône une sorte de réorientation pour faire prendre conscience au patient que ce plaisir est une blessure est plus adapté.

Les scripts de suivi (cf. Annexe 3) sont des scripts revus et aménagés de différents hypnothérapeutes pratiquant l'accompagnement dans l'arrêt du tabac (266,267,316–320). Nous retrouvons ainsi des outils standardisés et reproductibles tout en ayant la possibilité d'ajuster l'accompagnement hypnotique en fonction des besoins des patients. Nous les avons adaptés de la même manière que le script de la première consultation de sevrage.

Il est fréquent que les hypnothérapeutes reçoivent une première fois le patient lors d'une consultation initiale afin de créer l'alliance et recueillir les informations utiles en vue de l'hypnothérapie (317). Dans ce protocole de recherche, la première consultation de sevrage est également la première séance d'hypnose. C'est pourquoi les consultations sont prévues sur 75 min afin d'avoir le temps nécessaire pour faire les évaluations, l'entretien et la séance d'hypnose de manière confortable. Par ailleurs beaucoup d'hypnothérapeutes réalisent une unique consultation de sevrage tabagique dans laquelle l'entretien et la séance d'hypnose sont faites de manière concomitante (267,314,318). La méthode choisie dans notre étude s'envisage donc et reste une méthode de pratique courante.

Tous les scripts (le premier et ceux de suivi) ont une structure similaire dans leur enchaînement et contiennent des phrases de « sécurité » qui permettent d'éviter toute situation d'inconfort pour le patient (320).

Ce protocole d'hypnose d'aide au sevrage tabagique permet donc de ratisser un grand champ de possibilités tout en bénéficiant d'une certaine standardisation afin d'obtenir un protocole de soins reproductible.

L'accumulation des rechutes a construit un mur plus ou moins grand que le patient ne se sent pas capable de franchir. Chaque échec, rechute ou complication est vécu comme une brique supplémentaire agrandissant ce mur. C'est là que l'hypnose a toute sa place. Elle permet d'orienter le patient dans sa propre perception du sevrage. Permettre de moduler toutes ces briques, non pas comme la matière première d'un mur, mais celle d'un chemin qui mène à la résolution du projet commun est l'objectif général à suivre. Comme nous l'avons détaillé dans la première partie de la thèse, l'autohypnose est un élément clé de la réussite sur le long terme d'un projet de soins accompagné par l'hypnose. Le patient connaît cet état mais ne le nomme pas, ne le facilite pas délibérément et ne l'utilise pas, car il n'en a pas encore la maîtrise. Le travail de l'hypnothérapeute consistera donc à lui faire découvrir quelque chose qu'il connaît peu, à lui apprendre à le susciter et à l'utiliser : c'est l'apprentissage de l'autohypnose. Afin de standardiser cette pratique particulière qu'est l'autohypnose, propre à l'hypnothérapie, nous avons créé une fiche explicative (cf. Annexe 4). Elle est remise aux patients lors de la première consultation, afin d'uniformiser au maximum cette facette thérapeutique. Par la suite, les hypnothérapeutes adapteront leurs conseils au sujet de la pratique de l'autohypnose en fonction des retours des patients de la même manière que les scripts de suivi. Par conséquent, cette fiche d'autohypnose reprend les mêmes caractéristiques que les scripts d'hypnose utilisés dans cette étude. A savoir une universalité reproductible dans laquelle le patient peut s'investir avec ses propres représentations.

I.8.2.4. Création des consultations de sevrage tabagique

Les interventions combinant pharmacothérapie et soutien psychologique améliorent significativement le succès du sevrage tabagique par rapport à une intervention médicamenteuse minimale (321). Ce qui se dit en consultation influence donc l'efficacité de la prise en charge. Les TSN sont le traitement médicamenteux de première intention mais c'est leur association avec une intervention de soutien ou une intervention psycho-comportementale qui est considérée comme le « gold standard » actuel. C'est pourquoi cette recherche compare l'hypnose à ce traitement de référence. L'évaluation est donc plus complexe car elle est également influencée par le discours tenu en consultation, y compris dans le groupe TSN.

Chaque thérapeute (addictologue ou hypnothérapeute) intègre une manière de faire particulière grâce à son cursus de formation et son histoire de vie. L'hypnose est difficilement différenciable de l'hypnose conversationnelle (recadrage, saupoudrage, suggestions masquées...) pour les hypnothérapeutes formés aux problématiques addictives. De plus la pratique des thérapies brèves en hypnose est courante dans la prise en soins des addictions pour réorienter positivement le patient vers un avenir sans tabac. L'entretien motivationnel (EM) pour sa part est difficilement différenciable de la prise en charge addictologique classique pour les addictologues en plus des conseils brefs car ils sont intégrés dans leurs pratiques.

Ne pouvant pas lisser complètement une façon de pratiquer et le caractère unique de chaque thérapeute, nous avons choisi de structurer les entretiens de sevrage en tabac pour les biais de mesure.

L'ambivalence est naturelle et légitime dans les addictions. Elle fait partie du changement. Nous pouvons l'accompagner sans toutefois nier le « discours-maintien » (phrases allant à l'encontre du changement lors des consultations). Cette façon d'agir se

retrouve dans les entretiens motivationnels, l'hypnose narrative et les thérapies brèves. Le travail motivationnel va notamment passer par une approche solutionniste car elle se prête volontiers aux aspects de la dépendance. Cette notion d'orientation vers les solutions se retrouve également dans les techniques d'entretien motivationnel en dehors de l'hypnose. Les limites entre chacune de ces techniques sont floues et non détachables en pratique courante.

Nous avons créé trois trames de consultation de sevrage pour chaque temps du suivi (première consultation (J0), deuxième consultation (J7) et troisième consultation (J30)). Ces trames (cf. Annexe 5) sont faites à partir des dossiers validés par la société française de tabacologie, en lien avec l'INPES, ainsi que les recommandations de la HAS. Nous avons pondéré chaque point en fonction de son utilité et de son importance. Nous avons utilisé ces trames avant l'étude pour vérifier l'efficacité et la fluidité des items mis à la suite les uns des autres. Cette création s'est faite en collaboration avec des addictologues, des hypnothérapeutes et des pharmaciens exerçant au sein du centre hospitalier (CH) Esquirol. Les retours des intéressés ont été positifs pour chaque aspect du sevrage. Il n'a pas été nécessaire de valider la cohérence interne car il ne s'agit que d'une trame d'entretien ces items sont principalement issus des dossiers validés en tabacologie.

Les fumeurs ayant un plus grand sentiment d'efficacité arrivent à mieux canaliser le craving et de ce fait diminuent leur risque de rechute (250). C'est pourquoi nous avons choisi une EVA de confiance au succès du sevrage tabagique. Cette EVA est complémentaire avec une EVA de motivation pour arrêter de fumer qui permet d'appuyer l'entretien motivationnel et donner une mesure d'évaluation au cours de l'étude, étant donnée l'importance de la motivation dans le sevrage du tabac (189,215).

Les séances longues d'EM sont plus efficaces que des séances plus courtes (225,322). C'est une des raisons nous permettant de prévoir un temps de consultation de 60 min à 75 min (passation des questionnaires compris) également pour le groupe TSN. Les consultations dans le bras TSN et dans le bras hypnose ont la même durée dans le but d'équilibrer les interventions et parfaire l'entretien motivationnel.

Il n'a pas été mis en évidence de différence d'efficacité entre une ou plusieurs séances bien menées d'EM. Il n'est donc pas nécessaire que le schéma de l'étude impose un temps minimal pour les consultations de suivi. L'efficacité des EM est meilleure lors d'un suivi mais il n'y a pas de recommandation précise sur le nombre de consultations nécessaire. La modélisation des trames de consultation n'a donc aucun impact sur le nombre de consultations prévu dans l'étude. Les résultats concernant la validation des techniques d'EM n'ont pas un niveau de preuve meilleur que 2 en raison de la disparité des études ainsi que les nombreux biais interférant. Les interventions étaient le plus souvent des variantes de l'entretien motivationnel et elles ne permettent pas de le recommander en première intention à l'heure actuelle. Cet aspect nous conforte également dans le fait que nous ne proposons que des trames pour l'étude menée ici. L'EM est un outil additionnel intéressant et mis en avant dans les recommandations mais il n'est pas recommandé en première intention (à la différence des TSN). Nous pouvons donc concevoir que les thérapeutes impliqués dans l'étude utilisent cet outil de manière standardisée et qu'ils ne soient pas l'élément principal d'évaluation.

Concernant le nombre des thérapeutes, celui-ci est identique dans les deux groupes, à savoir cinq thérapeutes par groupe, qui prennent en charge eux-mêmes un nombre similaire de patients. Les biais possibles liés à l'absence d'unicité du thérapeute seront alors limités au maximum et les différences d'expériences malgré une formation commune au sevrage tabagique (addictologues et hypnothérapeutes) sera contenue par le faible effectif. Nous

avons donc mis en place deux groupes de thérapeutes relativement harmonieux et symétriques.

Comme nous l'avons vu, la pratique de chaque thérapeute est imprégnée de ses apprentissages personnels et de sa façon d'aborder des entretiens. Dans tous les cas ils orienteront positivement les patients vers un projet de sevrage adapté. Uniformiser ce renforcement dans la motivation au changement permet de se concentrer sur un seul élément distinctif entre les deux groupes, le type de traitement (TSN versus Hypnose). L'ensemble des thérapeutes a bénéficié d'une formation identique afin d'uniformiser les consultations et la passation des questionnaires. Les addictologues et hypnothérapeutes utilisent donc des techniques d'entretiens motivationnels similaires en plus des traitements spécifiques des deux groupes. Tous les addictologues et tous les hypnothérapeutes utilisent la même trame d'entretien.

La différence entre les deux groupes pourrait être synthétisée de la sorte :

- **Groupe TSN** : consultations de sevrage tabagique + EM + TSN.
- **Groupe hypnose** : consultations de sevrage tabagique + EM + hypnose.

En pratique, la plupart des intervenants en matière de tabagisme ont recours à une forme ou une autre de suggestion. Sans oublier l'effet placebo qui échappe à la conscience et s'infiltrer dans tout échange relationnel. Les biais de confusion et de suivi possibles des consultations de sevrage tabagique sont donc considérés comme négligeables dans l'étude menée ici, étant donné qu'elle ne se détachent pas de la pratique courante en addictologie et qu'elles sont identiques dans les deux groupes.

Nous pouvons donc proposer, selon les recommandations des bonnes pratiques de la HAS, un accompagnement optimal du patient dans le sevrage tabagique en associant les traitements à un accompagnement psychologique standardisé, sans toutefois qu'il impacte notre critère d'évaluation principal.

I.8.3. Outils de mesure

L'objectif de notre étude est d'apprécier l'efficacité du traitement sur le syndrome de sevrage tabagique. Nous proposons d'utiliser des échelles qui sont validées en français dans leurs domaines respectif (323,324). L'étude compare l'intensité du syndrome de sevrage tabagique et son évolution qui, directement et indirectement, vont altérer la qualité de vie du patient.

I.8.3.1.1. Échelles de dépendance au tabac

Le test de Fagerström est le plus connu pour mesurer quantitativement la dépendance. Actuellement nous utilisons sa seconde version, le Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND = Test de dépendance à la nicotine de Fagerström) en 6 questions notées sur 10 points, qui a été publié en 1991 (325) et qui était basé sur le Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ = Questionnaire de tolérance de Fagerström) en 8 questions notées sur 11 points publié en 1978 (326). Ce test n'est pas sans faille malgré ses nombreuses validations et son actualisation en 1991. Ses réponses limitent la variance (oui/non) et certaines mesures restent arbitraires. À cela s'ajoute le fait qu'il n'a pas été développé avec des méthodes psychométriques standard, c'est pourquoi il est actuellement en cours de remaniement et soumis à validation (327). Les deux items les plus valides sont le nombre de cigarettes par jour et le nombre de minutes entre le réveil et la première cigarette (325). Pourtant, plusieurs

études mettent en évidence le fait que le délai entre le réveil et la première cigarette semble être un indicateur grossier de dépendance. Le Baromètre Santé de 2000 rapportait que parmi les fumeurs adultes quotidiens, 11 % prenaient leur première cigarette dans les cinq minutes suivant le réveil. Bien que le test de Fagerström apporte une vision de la dépendance relativement ancienne, il reste le plus utilisé sur le plan international pour l'évaluation de la dépendance. Il permet une meilleure comparaison entre les études. Une version simplifiée est aussi de plus en plus utilisée en clinique, le Heaviness of Smoking Index (HSI) ou Index de fort tabagisme, représentant le score des questions 1 (délai entre le réveil et la première cigarette) et 4 (nombre de cig/j) du FTND, soit les deux questions ayant le poids le plus important. Le FTND et le HSI ont été validés en français (328). Bien qu'ils soient validés en langue française, ils ne sont pas développés avec des méthodes psychométriques et occultent certains champs de la dépendance (psychologique notamment).

Une échelle plus récente, l'échelle de dépendance à la cigarette (Cigarette Dependence Scale ou CDS), a été développée et validée à l'origine en français, puis traduite et validée en anglais (324,329–331). Cette échelle existe en deux versions, une longue à 12 questions (CDS-12), et une courte à cinq questions (CDS-5), toutes deux validées en français. Afin de mesurer la cohérence interne entre les questions, nous utilisons une mesure appelée l'alpha de Cronbach. Pour qu'une échelle soit considérée comme valide, il faut que l'alpha de Cronbach soit $> 0,7$ (consistance interne acceptable), s'il est $> 0,8$ la consistance interne est considérée comme bonne. La CDS-5 possède une mesure de cohérence inférieure à la CDS-12. A savoir 0,73 à 0,78 pour la version courte et 0,87 à 0,90 pour la version à 12 items (324). Un score élevé à la CDS-12 est prédictif de symptômes de sevrage plus intenses (sauf pour l'appétit), alors que la FTND et le HSI ne sont prédictifs que du craving, et d'aucun autre symptôme de sevrage (331). La CDS-12, bien que plus longue, semble donc avoir de meilleures caractéristiques psychométriques que le FTND pourtant plus largement utilisée (332).

Malgré les derniers arguments décrits nous avons choisi d'utiliser le FTND, étant donnée sa reproductibilité et sa reconnaissance sur le plan international. De plus la pré-sélection des patients se fait en consultation ambulatoire chez les médecins généralistes qui manient ce questionnaire de manière efficace et précise. L'utilisation du FTND rend ainsi la faisabilité du recrutement plus pertinente.

I.8.3.1.2. Échelle de raison de fumer

La MRSS (Modified reasons for smoking scale) a été traduite et validée en français (333). C'est la seule échelle validée en français qui est utilisée sur le plan international. Le délai entre le réveil et la première cigarette est corrélé aux dimensions « addiction » et « habitude / automatisme » ($p < 0,001$). Un score élevé à cette dimension, « habitude/automatisme » est un facteur prédictif de rechute (OR = 1,44 ; IC 95% 1,06-1,95 ; $p = 0,02$). Bien qu'elle soit digne d'intérêt, nous n'avons pas intégré cette échelle pour la faisabilité de l'étude et le confort des patients. Les raisons de fumer sont tout de même abordées lors de la première consultation dans le bilan tabagique selon le modèle de l'INPES (cf. Annexe 5) dans « les raisons qui vous poussent à fumer ou pensez-vous avoir recommencé à fumer ».

I.8.3.1.3. Échelles d'évaluation des symptômes de sevrage tabagique

Il existe plusieurs échelles évaluant les symptômes de sevrage. La Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS), la Wisconsin Smoking Withdrawal Scale (WSWS), la Shiffman-Jarvik Scale et la Smokers Complaint Scale sont les échelles de sevrage tabagique les plus utilisées dans la littérature internationale. La plupart d'entre elles reprennent les symptômes de sevrage en cherchant à leur donner une dimension objectivable. La MNWS (237,323,334) est une échelle validée qui comporte huit questions qui couvrent les principaux symptômes du sevrage tabagique, y compris le champ de la psychologie. La WSWS (238,323) est une échelle plus longue, qui comporte 28 questions et dont la structure s'apparente à la MNWS. Ces deux échelles, bien qu'ayant prouvé leur validité en anglais, ne sont pas validées en français (323,324). La seule échelle validée en français est la Cigarette Withdrawal Scale (CWS = Échelle de sevrage de la cigarette), aussi nommée CWS-21 en raison de ses 21 items (301). Les valeurs de l'alpha de Cronbach sont comprises entre 0,83 et 0,96 (301,323,324), soit une forte cohérence interne. C'est une mesure fiable, multidimensionnelle et sensible aux changements. Elle est prédictive des rechutes dans les 41 jours suivant le sevrage. Elle a l'avantage d'explorer le craving dans son évaluation même si ce n'est pas un questionnaire spécifique du craving.

Une étude a comparé les trois échelles (MNWS, WSWS et la CWS) en anglais (304). Les trois échelles présentent des propriétés psychométriques similaires avec des valeurs de consistance interne (alpha de Cronbach) comprises entre 0,76 et 0,93 et des corrélations test-retest de 0,66 à 0,88 pour la CWS et la WSWS, mais un peu moins bonnes pour la MNWS (0,52-0,80) (324). Au final ces trois échelles sont comparables et stables (335). L'avantage est en faveur de la MNWS qui est plus facile à utiliser (huit questions). En 2006 West et al. (336) ont comparé, entre autres, ces trois échelles chez des fumeurs n'arrêtant pas de fumer et des fumeurs arrêtant pendant 24h. L'étude confirme que les trois échelles mesurent correctement les symptômes de sevrage lorsque nous prenons en compte le score total, ou les sous-scores d'irritabilité, l'agitation, les troubles de concentration, et le désir compulsif (craving). A noter que la MNWS et la CWS semblent moins sensibles à la dépression. La CWS et la WSWS n'incluent pas l'agitation comme symptôme. Les échelles les plus longues ne donnent pas de résultats plus précis ou plus solides. Il n'y a donc pas une échelle qui domine en termes de qualité lorsque nous considérons l'ensemble des symptômes de sevrage, y compris le craving.

L'étude utilise la Cigarette Withdrawal Scale - 21 items pour évaluer l'intensité du syndrome de sevrage tabagique étant donnée sa fiabilité et sa disponibilité en français. L'auteur, le Dr Jean-François Etter, nous a donné l'autorisation de l'utiliser dans notre étude en plus de quelques conseils. Cette échelle de sevrage de la cigarette n'a pas de seuils, elle se côté grâce à des scores continus. C'est un auto-questionnaire avec 21 questions cotées de 1 (absolument pas d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). Plus le score est élevé entre 21 et 105 et plus de syndrome de sevrage est intense.

Nous avons choisi d'évaluer l'intensité du sevrage tabagique à sept jours (J7) car c'est le point paroxystique du syndrome de sevrage tabagique (234,337). Nous nous servirons également de la CWS-21 pour évaluer l'évolution du syndrome de sevrage tabagique au cours du mois de l'étude afin de mieux comparer son intensité et sa cinétique. En effet, il est difficile de définir une cinétique exacte du syndrome de sevrage tabagique sur plusieurs sujets étant données les variabilités interindividuelles, apparitions variables des différents symptômes de sevrage, différences d'histoire et de consommation du tabac, antécédents... (236,335,338,339).

Cette échelle est remplie lors de la visite d'inclusion afin d'avoir une référence pour chaque patient en amont du sevrage. Elle est également utilisée lors de la première consultation de sevrage afin d'avoir une valeur de référence par patient. Cela nous permet de pouvoir comparer ce score avec le score de la visite d'inclusion en cas de diminution ou arrêt du tabac avant la première consultation de sevrage. En effet malgré un accès rapide aux soins entre l'inclusion et la première consultation, il se peut que la personne décide volontairement ou non de diminuer sa consommation (même s'il n'y a aucune intervention thérapeutique lors de la visite d'inclusion). Nous pouvons mieux évaluer les éventuels symptômes de sevrage au début de l'étude à la première consultation en plus des critères cliniques du DSM-5 grâce à la CWS-21. Cette valeur individuelle du score d'intensité du sevrage tabagique faite à J0 donne aussi la référence pour suivre l'évolution de celle-ci.

Le fait de remplir une première fois cette échelle en présence d'un thérapeute facilite son utilisation au deuxième jour (J2) lors de l'auto-évaluation à domicile.

I.8.3.1.4. Échelles d'envie de fumer « craving »

Il existe deux questionnaires couramment utilisés en recherche qui sont le Questionnaire of Smoking Urges (QSU) (340) et le Tobacco craving questionnaire (TCQ) (341,342). Le QSU comporte deux facteurs : le désir de fumer associé à l'anticipation du plaisir de fumer et le besoin urgent de fumer. Ce questionnaire a une très bonne cohérence interne pour ces deux facteurs, 0.95 pour le facteur 1 et 0.93 pour le facteur 2 (343). Le QSU a été traduit et validé en français (344). La cohérence interne est tout aussi excellente dans la version française avec respectivement 0.89 et 0.91 pour les facteurs 1 et 2 (323). Le QSU qui se compose de 32 questions bénéficie d'une version courte, le QSU-brief, en 10 questions. Cette version courte est également validée en anglais (345) mais elle n'a pas été validée en français.

Le TCQ en 47 questions a également une version courte, le TCQ-SF (SF pour « Short Form ») en 12 questions. Cette version a été développée et validée en anglais pour faciliter son utilisation (346). Le TCQ a été traduit et validé en français (FTCQ = French Tobacco Craving Questionnaire) (347). Le FTCQ-12 (French Tobacco Craving Questionnaire - 12 items) est la version française raccourcie du FTCQ. Cette version a été spécifiquement dérivée du FTCQ en prenant les items ayant les poids les plus forts sur les quatre axes conceptuels : émotionnalité, attente, compulsion, anticipation. Le FTCQ-12 a été validée par rapport au FTCQ (348). Le FTCQ-12 est un auto-questionnaire qui possède une valeur de l'alpha de Cronbach entre 0.44 et 0.98 (323).

Le DSM-5 n'inclut pas le craving qui est l'un des symptômes les plus spécifique des symptômes de sevrage et cause de rechute. La mesure du craving semble indispensable en tabacologie car plus le craving est important en intensité et en fréquence plus la probabilité de réussir le sevrage à long terme est mince. Il est en effet connu pour être le principal facteur de rechute (239). Il est donc intéressant de l'évaluer dans les critères de jugement secondaires. Nous avons choisi d'utiliser le FTCQ-12, plus facile d'utilisation et également validé, pour comparer spécifiquement l'évolution du craving au cours du sevrage dans les objectifs secondaires.

Nous avons obtenu l'autorisation de son auteur, le Dr Ivan Berlin, pour l'utiliser dans notre étude.

I.8.3.1.5. Échelles de qualité de vie

La WHOQOL-SRPB (World Health Organisation Quality of life – Spirituality, religiousness and personal beliefs ; WHOQOL 2006) est une échelle en 32 questions (quatre questions par dimension), dont les réponses sont données sur une échelle de type Likert, en cinq points (de « pas du tout » à « extrêmement »). La WHOQOL-SRPB a été traduite et validée en français (349). Bien que nous nous intéressions au vécu du sevrage et indirectement à la qualité de vie qui en découle, les échelles d'indice de qualité de vie n'étaient pas adaptées et trop complexes en pratique dans l'évaluation clinique. Comme nous l'avons décrit précédemment les liens entre l'intensité des symptômes de sevrage, la qualité de vie et le maintien de l'abstinence sont étroits et définissent les éléments de base de ce système dynamique complexe qu'est l'arrêt du tabac. C'est pourquoi nous proposons d'utiliser des échelles d'évaluation des symptômes de sevrage.

I.8.3.1.6. Échelles de mesure de l'hypnose

L'hypnose est un outil thérapeutique complexe qui repose principalement sur des différences interindividuelles (histoire de vie, croyances et personnalité) qui entraînent des variations des manifestations hypnotiques d'un sujet à l'autre. S'ajoutent également à cela des indications de soins très diversifiées grâce à l'hypnose. Il est difficile de définir quand commence exactement la situation hypnotique, ce d'autant plus que les différents types d'état de transe peuvent faire suite à une induction standard.

Les chercheurs avaient besoin de pouvoir évaluer de manière fiable et reproductible la prédictibilité de la réponse thérapeutique et l'efficacité de l'hypnose. Il faudra attendre les années 30 pour utiliser les premières échelles modernes de mesure de « l'hypnotisabilité ». La plus utilisée, et la première à avoir été validée, est celle de Friedlander et Sarbin en 1938. Elle décrivait une procédure standardisée cependant la discrimination entre les items restait très relative (89). André Weitzenhoffer, professeur de psychologie d'origine française exerçant à Stanford, se consacre à l'étude de la suggestibilité et publie *Hypnotism : an Objective Study in Suggestibility* en 1953 (350). Il s'associe peu de temps après à Ernest Hilgard, qui partage les mêmes intérêts que lui pour l'hypnose, et mettent au point les premières échelles d'évaluation de la suggestibilité en 1959 pour combler les lacunes des échelles précédentes qui manquaient ; soit de validation, soit de discrimination entre les items.

Weitzenhoffer et Hilgard ont donc élaboré une série d'échelles à la fin des années 50, les échelles de Stanford (350,351). L'objectif était de s'assurer que le sujet présentait ou non un état d'hypnose, et ce quel que soit son origine, ses croyances ou sa personnalité à partir de critères cliniques minimaux. Les échelles de susceptibilité hypnotique de Stanford publiées en 1965 avaient alors pour objet de mesurer « la capacité générale à développer un état hypnotique sur la base des performances » des sujets.

Afin de passer l'échelle de Stanford, l'opérateur énonce un texte standard d'accompagnement vers un état d'hypnose suggéré. Après une phrase d'induction, l'opérateur peut formuler douze suggestions de différentes catégories allant de simples suggestions motrices jusqu'à la suggestion d'hallucinations et d'amnésie. Chacune des étapes donne lieu à une cotation réalisée en fonction de l'observation du comportement du sujet, puis de son vécu rapporté à la fin de la séance, jusqu'à obtenir un score total de susceptibilité hypnotique.

Ces échelles ont été traduites en français par Petot et Michaux (352,353). Ce dernier a utilisé cette échelle dans sa version simplifiée pour sa thèse de doctorat après avoir conduit

une série de recherche pour affiner le lien complexe qui s'opère dans la réponse hypnotique en tenant compte des représentations sociales de l'hypnose et du style de communication. Actuellement il n'existe pas de valeurs normatives françaises pour ces échelles dans la population générale, dont les seules données disponibles en France concernent des patients pris en charge en milieu psychiatrique souffrant d'anxiété et de dépression (37).

Ces échelles ont eu de multiples dérivés et des révisions ont également été faites depuis 1965 pour corriger certaines allégations inappropriées (86,98). Weitzenhoffer lui-même critiquera ses échelles et mettra en avant la distinction qu'il juge nécessaire de faire entre hypnotisabilité et susceptibilité hypnotique, auparavant confondus par les cliniciens. Les patients sont déjà en hypnose lors de la passation des échelles, ce qui rend le terme d'hypnotisabilité dénué de sens et a conduit Weitzenhoffer à employer le terme de susceptibilité hypnotique. La susceptibilité hypnotique est à définir comme « une estimation et la prédiction de la capacité générale à développer un état hypnotique sur la base des performances » ; alors que l'hypnotisabilité doit être comprise comme « la capacité actuellement observée pour accéder à un état hypnotique », indépendamment des performances (89). Cette différence terminologique permet d'appuyer le fait que la « capacité à accéder à un état hypnotique » (hypnotisabilité) ne s'identifie pas à la « performance hypnotique » (suggestibilité) et n'en représente qu'une dimension non linéaire (notion moins distincte à l'époque de Bernheim).

Une autre confusion a été induite par les chercheurs et les cliniciens qui ont utilisé le terme de « profondeur », auparavant attaché de façon conventionnelle aux mesures basées sur des réponses objectivement observées (354). La différence principale entre les échelles de susceptibilité hypnotique et de profondeur tient à leur objet d'investigation plus qu'à leur contenu. La performance dessine la susceptibilité alors que la profondeur est une estimation subjective de la transe lorsque le patient exécute les suggestions. La coexistence de ces deux mesures de l'hypnose, susceptibilité hypnotique et profondeur de l'hypnose, reste au centre de la problématique portant sur l'état hypnotique et ses liens avec la suggestibilité. Bien que se manifestant conjointement, elles peuvent être corrélées mais également indépendantes.

L'échelle de profondeur la plus connue est celle de Le Cron et Bordeaux, créé en 1953 (89). Cependant ces échelles de profondeur ne sont toujours pas utilisées car elles entraînent d'importants biais d'évaluations étant donné leurs subjectivités. Par ailleurs, il n'en existe pas d'adaptation française.

A ce jour, plus de vingt-cinq échelles de mesure existent pour évaluer différents aspects de l'hypnose. Elles tentent de combler les déficits des échelles vieillissantes et de s'adapter avec les besoins actuels de la recherche. Elles se concentrent principalement sur les réponses aux suggestions (et indirectement la propension à avoir une transe « profonde »). Tout comme l'échelle de Stanford, elles sont laborieuses à faire en pratique clinique. Sans compter que la majorité des échelles ne permettent pas d'avoir un avis direct sur la présence de l'hypnose, sur la capacité à la développer, ni sur son étendue.

Les recherches actuelles tendent vers l'évaluation de l'hypnotisabilité sans passer par la suggestion afin de distinguer le rôle de la suggestion de celui de la réponse thérapeutique. Sans parler du doute qui persiste dans la corrélation d'une efficacité linéaire entre l'hypnose et sa profondeur.

Finalement, même si les sujets très susceptibles obtiennent généralement de meilleurs résultats, il n'est pas nécessaire d'être répondant aux échelles pour obtenir des bénéfices

thérapeutiques. La mesure de la susceptibilité hypnotique ne nous intéresse pas spécialement dans notre étude car nous ne cherchons pas à définir des groupes susceptibles d'avoir une suggestibilité satisfaisante pour pouvoir avoir accès au traitement par hypnose. L'intérêt est de refléter la pratique ambulatoire de l'hypnose sur la population générale. Ces échelles ne nous seraient donc d'aucune utilité dans l'étude proposé et trop contraignantes pour les patients de l'étude (et les thérapeutes).

I.8.4. Gestion des comorbidités

I.8.4.1. Les troubles de l'humeur

Les fumeurs ont plus de troubles de l'humeur que la population générale et le tabagisme est un facteur de risque de dépression (180,355,356). Les patients ayant une dépression ont deux fois plus de risque de fumer que la population générale et répondent moins bien aux traitements de sevrage que la population générale (357,358).

L'explication des liens du trouble de l'usage du tabac avec la dépression ont plusieurs hypothèses :

- La nicotine serait une automédication pour atténuer la dysphorie.
- L'influence de la nicotine sur l'acétylcholine ou les catécholamines serait un facteur de risque dépressogène.
- Ces deux troubles psychiatriques partagent des facteurs de vulnérabilité génétiques.
- Les troubles pulmonaires (BPCO notamment) et accidents vasculaires peuvent induire un effet dépressogène.

Concernant le risque suicidaire, certains travaux de 2005 ont relevés une corrélation avec le taux de suicide et l'intensité du tabagisme. Celui était indépendant des comorbidités ou d'un épisode dépressif concomitant. Plus récemment une étude de 2018 n'a pas montrée de lien particulier avec le risque suicidaire avec ou sans comorbidités dans le sevrage tabagique (359). Dans tous les cas la recherche d'idées suicidaires sera faite systématiquement lors des consultations de sevrage et sera appuyée par la MADRS.

Lors d'une consommation de tabac associée à un épisode dépressif caractérisé il semble bénéfique de ne pas utiliser les traitements de sevrage tabagique habituel seul mais associé à une psychothérapie (360). En cas d'apparition d'un épisode dépressif caractérisé sévère, il est recommandé de mettre en place une prise en charge spécifique de la dépression.

Les épisodes dépressifs caractérisés et antécédents de dépression sont des facteurs de risque de mauvais sevrage tabagique (337,361–363).

Une méta-analyse suggère de cibler les troubles de l'humeur par des psychothérapies en plus des traitements usuels du sevrage tabagique afin d'améliorer les chances d'abstinence sur le long terme (364). Il est également préconisé d'apporter une attention particulière aux patients qui ont des antécédents de dépression.

Le tabac est un facteur de risque de dépression et l'arrêt du tabac est un facteur de risque de dépression chez les patients déjà fragilisés. Nous comprenons bien le fragile équilibre qui peut s'installer chez un patient vulnérable ou ayant des antécédents de dépression. C'est pourquoi la recherche des antécédents en plus de l'histoire de la consommation de tabac est faite pour tous les patients inclus. Nous évaluerons l'évolution de la symptomatologie dépressive au cours de l'étude à l'aide de la MADRS en complément des

données cliniques observables par les thérapeutes lors des consultations. Les thérapeutes peuvent également apprécier les éléments de dangerosité (idées suicidaires, éléments délirants) afin de mieux cibler la prise en charge pour le patient. Si le patient nécessite une prise en charge pharmacologique spécifique au cours de l'étude, celle-ci sera notée dans le cahier d'observations.

La Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), selon Montgomery et Asberg (365) est un hétéro-questionnaire en 10 items, de passation rapide au moyen d'un examen clinique avec interrogatoire allant de questions générales à des questions plus détaillées sur les symptômes. Elle est validée en Français (366,367). Chaque item du MADRS est coté de 0 à 6. Seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'item doit être coté avec les points définis (0, 2, 4 et 6) ou, avec des points intermédiaires (1, 3 et 5). Le résultat au MADRS est un score qui est la somme des cotations des dix items. Ce score varie de 0 à 60. Le score seuil de dépression est de 15. La note d'inclusion pour les essais médicamenteux est classiquement de 21 (368). La MADRS permet une appréciation de la sévérité de la dépression tout en étant conçu pour fournir une mesure sensible sur un éventuel épisode dépressif caractérisé de l'adulte. Elle concerne les sept jours précédents, ce qui nous permet de l'utiliser à J0, J7 et J30. La MADRS permet en objectif secondaire de comparer l'évolution de la symptomatologie dépressive pendant le sevrage tabagique entre les deux groupes traités. C'est une échelle de référence dans les essais clinique et nous avons vu que la CWS-21 semblent moins sensible à la dépression que les autres échelles d'évaluation du syndrome de sevrage tabagique.

L'augmentation de l'intensité des symptômes dépressifs peut être constatée lors d'un sevrage tabagique et elle fait partie des évaluations de la recherche. Elle est temporaire et ne met pas en danger le patient. Si le score de la MADRS est largement augmenté à J7 ou J30, ce sera noté dans le CRF. Si le score de la MADRS atteint ou dépasse le score limite de non inclusion ce ne sera pas un motif de sortie d'étude. En l'absence d'éléments de gravité clinique (idées délirantes ou idées suicidaires), le protocole reste inchangé. Le patient sera incité à voir son médecin traitant en cas de nécessité pour avoir une meilleure réactivité et un meilleur parcours de soins. De plus une différence de symptomatologie de durée inférieure à deux semaines ne permet pas de conclure à un épisode dépressif caractérisé, d'autant plus en phase aiguë d'un sevrage d'une substance psychoactive.

Selon la HAS en 2014, « en cas d'apparition ou d'aggravation de troubles dépressifs, il est recommandé de mettre en place une prise en charge spécifique de la dépression. » et « en cas d'antécédents dépressifs, il est recommandé, lors du sevrage tabagique, d'être vigilant quant au risque de rechute de la dépression. ». Le fait d'avoir un antécédent de dépression n'est donc pas un motif de non inclusion. D'autant plus que la prévalence de la dépression est majeure dans la population générale, ce qui nous permet d'être plus représentatif dans l'échantillon de patients recruté pour l'étude.

Si un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé venait tout de même à être posé pendant le mois d'évaluation, celui-ci sera noté dans le CRF comme événement indésirable (EI). Le patient bénéficiera d'une prise en charge classique d'un épisode dépressif caractérisé en plus de sa prise en charge addictologique. Cette prise en charge nécessitant une action thérapeutique ne permet pas d'évaluer le critère principal de l'étude et impose une prise en charge renforcée qui ne s'intègre pas dans le schéma de l'étude. Le patient sera considéré comme sorti d'étude. En cas d'hospitalisation dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé avec apparition d'éléments de gravité clinique (idées suicidaires ou délirantes), le patient sera

sorti de l'étude afin de se concentrer sur la prise en charge spécifique de l'événement indésirable grave inattendu (EIGI). Cet événement n'est pas prévu étant donné les critères d'inclusion et la prise en charge proposée dans l'étude.

A l'heure actuelle il n'y a pas de recommandation spécifique de traitement pour les patients souffrant de dépression ou ayant des antécédents de dépression (360,364). Des études sont en cours pour déterminer si des psychothérapies spécifiques ou antidépresseurs seraient plus appropriés. Les auteurs semblent s'accorder sur le fait d'associer les TSN avec des psychothérapies spécifiques aux troubles de l'humeur lors de dépression avérée (369).

L'intensité du tabagisme et la sévérité de la dépression semblent être des facteurs prédictifs importants et indépendants de passage à l'acte suicidaire. Ils sont cependant moins puissants que les antécédents de tentatives de suicide. La HAS souligne que les doses de TSN nécessaires sont fréquemment plus élevées qu'en population générale en cas d'antécédents de dépression ou dépression en cours. Nous pourrions éventuellement nous y intéresser dans les analyses si le nombre de patients avec des antécédents de dépression est important. Dans tous les cas ces informations sont notées dans le CRF (antécédents et posologies).

Des auteurs tentent également de mettre en évidence la nécessité ou non de traiter les symptômes dépressifs subcliniques afin d'améliorer le sevrage tabagique (227). Pour l'instant il n'y a pas de recommandation de prise en charge pour les patients ayant des symptômes dépressifs ne permettant pas de caractériser un épisode dépressif mise à part garder une attention toute particulière à l'état thymique.

En cas d'impossibilité de séance d'hypnose (donc seulement de l'entretien de tabacologie) lors d'une consultation en raison d'une symptomatologie dépressive envahissante qui, en l'absence d'éléments de gravité clinique, s'intègre dans le cadre du sevrage tabagique ce sera simplement noté dans le CRF et le protocole sera inchangé.

Il est nécessaire de questionner le patient sur les éventuels symptômes anxieux et dépressifs survenus lors des précédentes tentatives d'arrêt (avec ou sans traitement). Les troubles anxieux et dépressifs diminuent les chances de succès du sevrage tabagique. Il est recommandé de les repérer, les évaluer avec l'aide d'un questionnaire et de suivre leur évolution durant le sevrage tabagique. Ils doivent être pris en charge s'ils sont sévères et qu'ils causent une souffrance significative. Les thérapeutes (addictologues et hypnothérapeutes) sont des psychiatres et infirmiers en psychiatrie qui ont, de ce fait des compétences spécifiques pour repérer les situations à risque sur le plan anxiodépressif). Le cadre de l'étude et la formation des thérapeutes permettent d'avoir cette attention particulière sur la thymie et un soutien psychologique au fil des consultations du sevrage.

Malgré l'influence des éléments dépressifs, il n'a pas été significativement démontré que l'humeur dépressive était une barrière à une éventuelle nouvelle tentative d'arrêt (157). En revanche, les fumeurs présentant des symptômes dépressifs élevés ressentent un inconfort significativement plus élevé que les fumeurs sans symptômes dépressifs pendant le sevrage tabagique (370). Indirectement nous pouvons penser que les patients souffrant d'une dépression et qui ont un syndrome de sevrage plus intense auront plus de difficulté pour rester abstinents. Le craving est plus important et le maintien de l'abstinence semble plus difficile dans ce contexte (254,371). La faible intensité des éléments dépressifs pendant et après le sevrage sont des facteurs prédictifs d'une meilleure abstinence sur le long-terme (372).

L'arrêt du tabac est associé à une diminution de l'anxiété et de la symptomatologie dépressive (373). En effet l'abstinence tabagique permet une amélioration thymique dès la stabilisation de la phase de sevrage (374,375). C'est pourquoi nous ne prévoyons pas de psychothérapie spécifique pour les patients qui présenteront une symptomatologie dépressive sans critère de gravité (pas d'idées suicidaires ou délirantes), d'autant plus qu'il n'y a pas de recommandation précise à ce sujet. Sans compter que l'hypnose est en soit une psychothérapie spécifique. Une autre psychothérapie spécifique interférerait dans l'évaluation des deux méthodes de traitement de l'étude. Le suivi est donc fait selon les trames décrites précédemment avec le soutien psychologique standard propre à toute relation thérapeutique dans les pathologies addictives. Lors du suivi ultérieur après J30, la possibilité d'une psychothérapie spécifique (hors hypnose) pourra être discutée entre le patient et son thérapeute en fonction de son évolution clinique et de ses besoins.

I.8.4.2. Les troubles anxieux

D'après de récents travaux, certains auteurs préconisent de cibler l'anxiété afin de la diminuer pour atténuer les symptômes de sevrage et consolider l'abstinence (376). Les patients ayant une anxiété élevée auraient une moindre capacité à canaliser les symptômes de sevrage. L'anxiété est un facteur prédicteur de mauvais sevrage tabagique (252,337).

Cette étude permet de comparer en critère secondaire l'évolution de l'anxiété entre les deux groupes traités grâce à l'évaluation de la symptomatologie anxieuse sur l'échelle d'Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) (377). La HAM-A a été l'une des premières échelles d'évaluation élaborées pour mesurer la gravité des symptômes d'anxiété et est encore largement utilisée aujourd'hui dans le milieu de la recherche. Sa validité interne et sa reproductibilité sont suffisants pour évaluer l'anxiété (378). Elle est validée en Français (379,380). Chaque item est noté sur une échelle de 0 (non-présent) à 4 (sévère), avec un score total de 56. Un score ≤ 17 est en faveur d'une absence d'anxiété ou d'une anxiété légère. Un score compris entre 18 et 24 signe une anxiété légère à modérée. Un score > 29 oriente vers une anxiété sévère (25 à 29 est l'intervalle de référence pour une anxiété modéré à sévère). Cette limite fait partie des critères de non inclusion. Les patients présentant une anxiété sévère sont non inclus afin d'appliquer les recommandations de la HAS en leur permettant une prise en charge spécifique de l'anxiété en complément du sevrage ou en amont.

Tout comme les troubles de l'humeur, l'anxiété est améliorée lors d'un arrêt de la consommation du tabac à distance du syndrome de sevrage (373). Le niveau d'anxiété augmente au cours des deux semaines suivant le sevrage tabagique et diminue après un mois de sevrage à un niveau plus faible qu'avant l'arrêt du tabac. Les troubles anxieux ne sont pas une contre-indication à la prescription des traitements pharmacologiques de la dépendance tabagique.

L'augmentation du score de la HAM-A est attendu dans le sevrage tabagique. Si le score de la HAM-A signe une anxiété sévère à J7 ou J30, ce sera noté dans le CRF. En l'absence d'éléments de gravité clinique (idées délirantes ou idées suicidaires), le protocole reste inchangé. Le patient sera incité à voir son médecin traitant en cas de nécessité pour avoir une meilleure réactivité et un meilleur parcours de soins de la même manière que les troubles de l'humeur. Si toutefois, le patient nécessite une prise en charge spécifique au cours de l'étude en raison d'une anxiété invalidante, celle-ci sera notée dans le cahier d'observations et mis en EI ou EIGI. Tout comme dans les troubles de l'humeur, si cette prise en charge

nécessite une action thérapeutique (psychotropes) qui ne permet pas d'évaluer le critère principal de l'étude et impose une prise en charge renforcée, le patient sera considéré comme sorti d'étude. Il pourra bénéficier de la prise en charge tabacologie classique en plus du traitement de son anxiété.

Il est surtout recommandé par la HAS de rappeler au patient que les troubles anxieux peuvent être améliorés par l'arrêt du tabagisme afin de souligner l'importance d'un sevrage tabagique.

I.8.4.3. Troubles de l'usage d'une substance

Troubles de l'usage de l'alcool

L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) est un test de dépistage concernant le trouble de l'usage de l'alcool (381). Ce questionnaire a été validé en Français (382). Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool. Il est recommandé de ne jamais refuser la prise en charge de l'usage problématique d'une seule substance psychoactive si, malgré les efforts d'information, la personne le demande. C'est pourquoi un possible mésusage n'est pas un motif de non inclusion. La prévalence d'une consommation non pathologique d'alcool est majeure en France. Limiter toute consommation reviendrait à ne pas être représentatif de la population générale. Cependant un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme est en faveur d'une dépendance à l'alcool (société française d'alcoologie, 2001). C'est donc un critère de non inclusion. Cette dépendance à l'alcool compliquerait l'évaluation des symptômes de sevrage étant donné que toute tentative de sevrage d'une substance psychoactive influence, positivement ou négativement, la consommation d'autres substances et que le syndrome de sevrage en alcool est plus bruyant cliniquement.

Trouble de l'usage du cannabis

Les symptômes de sevrage en tabac et en cannabis sont intriqués lors de la présence d'une consommation conjointe. Tout comme le tabac, les expériences de sevrage négatives vont également diminuer les capacités d'un nouveau sevrage et le désir d'arrêter la consommation (239). L'irritabilité est significativement plus intense dans le sevrage du cannabis que celui en tabac (239). Les consommateurs de cannabis qui fument aussi du tabac sont davantage dépendants au cannabis qu'au tabac. Ils ont également plus de problèmes psychologiques, et ont une évolution clinique de la dépendance au cannabis plus péjorative que les fumeurs exclusifs de cannabis (383). En tenant compte de ces données, la consommation de cannabis est un critère de non inclusion afin de pouvoir apprécier plus spécifiquement le syndrome de sevrage en tabac. En effet cette comorbidité influencerait l'évaluation du critère principal. Les patients ayant un trouble de l'usage du cannabis souhaitant arrêter sont orientés vers des addictologues spécifiques afin d'optimiser leur parcours de soins en dehors de l'étude. Nous utiliserons le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) à la visite d'inclusion pour dépister les troubles de l'usage de cannabis. Ce questionnaire est validé en Français (384,385). Si le score est égal ou supérieur à 3, les patients ont sans doute des difficultés ou problèmes liés à la consommation de cannabis (385). De ce fait étant donné l'objectif de ne pas inclure cette co-addiction dans l'étude, un score égal ou supérieur à trois est un critère de non inclusion.

Autres troubles liés à une substance autre ou à un comportement

Les patients sont informés à la visite pré-sélection et à la visite d'inclusion que la consommation d'autres substances psychoactives est un critère de non inclusion. Cette consommation éventuelle est demandée à différents moments pour limiter au mieux une possible co-addiction et repérer une éventuelle consommation non présente à l'inclusion. Les patients sont informés qu'ils peuvent être orientés de manière adaptée vers un(e) spécialiste des addictions, un professionnel d'un réseau ou d'une équipe spécialisée en dehors de l'étude pour une prise en charge plus personnalisée en plus de la prise en charge classique en tabacologie. Considérant la possibilité d'avoir des patients à risque faible de co-addiction (malgré l'hétéro-questionnaire par le médecin traitant ou l'investigateur lors de la visite de pré-sélection et de la vérification de cette possibilité lors de la visite d'inclusion en plus des questionnaires de dépistage lors de l'inclusion) le sevrage du tabac chez les patients ayant un trouble de l'usage multiple reste bénéfique quel que soit le modèle et volonté de soins (386,387). En effet l'arrêt simple du tabac sans réduction ou arrêt d'autres substances est bénéfique au patient. Il est recommandé d'orienter les patients vers des addictologues pour orienter le travail motivationnel (388), ce qui est fait pour tous les patients de l'étude. Lors des consultations de suivi, les thérapeutes veillent au risque de déplacement ou de remplacement de la consommation du tabac par une autre substance psychoactive grâce à des questions intégrées au cahier d'observations (cf. Annexe 5).

I.8.5. Déroulement de l'étude

I.8.5.1. Visite de pré-sélection

Il est proposé aux patients adultes fumeurs souhaitant un sevrage tabagique reçus en consultation chez le médecin généraliste de participer à l'étude. Les médecins généralistes réalisent alors la visite de pré-sélection. Celle-ci débute par la réalisation d'un hétéro-questionnaire de pré-sélection (cf. Annexe 6) qui nécessite cinq à six minutes de temps de passation. Il a été conçu pour être adaptable à la pratique des médecins généralistes en cabinet. Le questionnaire de pré-sélection reprend la plupart des items d'inclusion et de non-inclusion vérifiables au cabinet du médecin généraliste en plus du questionnaire de Fargerstrom. Bien que le patient ne soit pas inclus dans l'étude à ce moment là, la passation de ce test de dépendance peut se justifier car il est régulièrement réalisé en pratique courante. De plus il est bien manié par les médecins généralistes. Ainsi, le questionnaire de pré-sélection ne nécessite pas une formation particulière en lui-même.

En fonction des réponses à ce questionnaire, les patients sont éligibles pour être inclus dans l'étude ou pas. Cela permet de minimiser les visites d'inclusion qui ne pourront pas permettre d'inclure les patients, mais également de limiter certains biais de sélection et de confusion (cf. infra). Ce parcours de recrutement donne la possibilité aux patients d'être plus rapidement adressés vers le meilleur parcours de soins en fonction de leur problématique. Les patients sont informés de la possibilité de ne pas être inclus dans l'étude en fonction des critères de participation retrouvés au cours de la visite d'inclusion (même s'ils sont éligibles lors de la visite de pré-sélection). Les patients sont également informés qu'ils bénéficieront dans tous les cas d'un parcours de soins classique de tabacologie en cas de non-inclusion.

Si le patient est éligible, le médecin généraliste va lui remettre la lettre d'information (cf. Annexe 7).

Le médecin généraliste peut directement appeler le pôle d'addictologie du CH Esquirol, si le patient le souhaite, pour prendre rendez-vous pour la visite d'inclusion (il peut également laisser un message vocal avec le numéro du patient à sa demande en dehors des horaires d'ouverture du secrétariat).

Le médecin généraliste envoie dans tous les cas le questionnaire de pré-sélection rempli au responsable de l'étude à l'aide d'une enveloppe affranchie. A la réception du courrier le pôle d'addictologie contacte le patient pour convenir d'une date de rendez-vous pour la visite d'inclusion. Même dans le cas où le patient a déjà contacté le secrétariat pendant la visite de pré-sélection en présence de son médecin généraliste, cela lui permet de confirmer son souhait de la maintenir la visite d'inclusion ou de l'annuler.

L'envoi postal du questionnaire de pré-sélection avec un rappel systématique du secrétariat permet d'avoir le temps de distribution du courrier comme temps de réflexion pour le patient. Un délai légal de réflexion d'un jour minimum est prévu entre la visite de pré-sélection et la visite d'inclusion. C'est le temps minimum que peut prendre le patient pour s'imprégner des informations données par son médecin généraliste et des informations présentes dans la lettre d'information (cf. Annexe 7). Cela permet aux patients d'avoir des questions plus précises lors de la visite d'inclusion si le patient souhaite toujours participer à l'étude.

La visite de pré-sélection dure entre 10 et 15 min en moyenne au total.

L'investigateur ou une personne associée à la recherche peut également réaliser les visites de pré-sélection lors d'une demande de sevrage en tabac pour un patient vu en ambulatoire. Le protocole sera identique (questionnaire de pré-sélection, lettre d'information et appel au patient par le secrétariat deux jours après la visite de pré-sélection pour confirmer la visite d'inclusion ou la prévoir). La visite d'inclusion peut se faire dans un même temps dans le cas où le patient a eu la lettre d'information au minimum un jour auparavant.

Un courrier de demande de participation présentant l'étude a été envoyé aux médecins généralistes de Limoges. Les médecins voulant participer nous ont répondu grâce au coupon présent dans ce courrier. Il leur a été envoyé :

- un courrier explicatif du déroulement des visites de pré-sélection et un rappel du schéma de l'étude,
- les contacts utiles pour nous joindre,
- les questionnaires de pré-sélection,
- la lettre d'information,
- des enveloppes affranchies pour le retour du questionnaire de pré-sélection.

Nous avons directement rencontré certains médecins généralistes pour expliquer les visites de pré-sélection et les sensibiliser en détail à la problématique du tabac sur les domaines qu'ils maîtrisaient moins ou souhaitaient s'actualiser. Nous avons également diffusé l'information de la mise en place de cette étude au responsable du département de Médecine Générale de Limoges. Bien que le questionnaire de pré-sélection ne nécessite pas de formation particulière, les médecins généralistes ont été formés au déroulement de la visite de pré-sélection.

Une information par courrier est faite aux médecins généralistes, si le patient accepte (c'est systématiquement demandé lors de la visite d'inclusion), pour les informer de l'inclusion

ou non de leur patient et pour qu'ils sachent qu'en cas de modification de psychotropes ou d'ajout de traitements d'aide au sevrage tabagique, le patient sera considéré comme sorti d'étude. Bien entendu, en cas de nécessité de prescription de psychotrope, cette nécessité est prioritaire par rapport au risque de sortie d'étude. Dans tous les cas le patient bénéficiera de la même offre de soins pour le tabac mais sa prise en charge pour sa problématique ayant nécessité la sortie d'étude sera renforcée. Le médecin généraliste peut prendre contact avec les thérapeutes de l'étude si le patient vient à son cabinet concernant une demande thérapeutique dans le cadre de son sevrage tabagique pendant le mois d'évaluation. Dans ce cas se sera noté dans le CRF.

Le patient n'est pas contraint de ne pas diminuer ou arrêter le tabac entre le recrutement et la visite d'inclusion.

I.8.5.2. Visite d'inclusion

Cette visite est assurée par l'investigateur ou une personne associée à cette étude. Le médecin généraliste ne peut pas faire les visites d'inclusion de l'étude. En effet le temps nécessaire à la réalisation de la visite d'inclusion (Vi) n'est pas compatible avec la pratique médicale en cabinet. De plus le médecin de la visite d'inclusion est un psychiatre formé au déroulement de cette visite et à la passation des hétéro-questionnaires. Il peut évaluer la présence d'éléments cliniques, en plus des scores des questionnaires, qui peuvent être un motif de non-inclusion (idées délirantes, idées suicidaires, hypnose non indiquée, etc.).

Avant le recueil du consentement, le patient est informé qu'il est souhaitable, mais non obligatoire, que le sevrage débute lors de la première consultation (J0). Le recueil du consentement est fait lors de la visite d'inclusion une fois que le patient a eu toutes les informations supplémentaires qu'il souhaite concernant l'étude et que les critères de participation auront été vérifiés. Pendant la visite d'inclusion, la vérification et retranscription des données du questionnaire de pré-sélection permet de détruire celui-ci et d'avoir toutes les données anonymisées. Toutes les données recueillies dans le CRF sont anonymes.

Lors de la visite d'inclusion (cf. Annexe 8) est ouvert le dossier de recueil de données. Le patient est inclus dans l'étude lors de la signature du recueil du consentement. Cette visite dure entre 30 et 45 min.

Il n'est pas demandé systématiquement au patient quelle est sa conception de l'hypnose lors de la visite d'inclusion. Nous demandons simplement aux patients s'ils souhaitent avoir des informations supplémentaires ou éclaircir certains points de manière générale et nous y répondons le cas échéant. Nous précisons la nature du suivi qui est proposé dans le cadre de l'étude et des réponses qui pourront leur être apportées par les praticiens (addictologues et hypnothérapeutes) en fonction de son groupe d'attribution.

A la fin de la visite d'inclusion le patient est orienté vers un des deux groupes de manière randomisée. Il est informé de la thérapeutique proposée en première intention et des différentes dates possibles des consultations en fonction des thérapeutes pour programmer la première consultation de sevrage tabagique (J0).

Une carte de participation est donnée au patient lors de son inclusion. Le patient dispose des coordonnées du thérapeute assigné pour l'étude (addictologue ou hypnothérapeute) et de l'investigateur, joignable bien sûr à tout moment pour l'étude ou son suivi, en plus des coordonnées en première page de la lettre d'information.

Lors de la visite d'inclusion il n'y a pas d'intervention thérapeutique. Notamment il n'y a pas d'entretien motivationnel, conseils brefs, conversation hypnotique ou prescription de TSN. Cela permet de ne pas biaiser les interventions thérapeutiques. Un test de dépendance au tabac est refait lors de la visite d'inclusion étant donné qu'une dépendance supérieure ou égale à cinq est un critère d'inclusion. Cela permet également d'évaluer un éventuel changement depuis la visite de pré-sélection.

I.8.5.3. Méthode de randomisation

Il peut être difficile de faire accepter aux patients une randomisation dans une étude impliquant l'hypnose. Une étude publiée dans l'*American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* en 2009 avait proposé l'idée d'une « randomisation sélective » en fonction des préjugés ou d'idées reçues sur les traitements et sur l'hypnose. Les biais de sélection sont évidents et nous n'avons donc pas opté pour cette option, même si elle facilite l'adhésion aux soins et le recrutement. Nous avons choisi de faire une randomisation « classique » mais de la faire dans une approche dynamique de la demande de soins en rapport avec le sevrage tabagique, c'est-à-dire d'évaluer d'éventuels biais motivationnels en amont de la visite d'inclusion (lors de la visite de pré-sélection).

L'objectif est de limiter les biais de sélection mais également les biais de confusion conscients ou inconscients liés à représentation des patients sur l'efficacité de la méthode thérapeutique proposée étant donné que l'hypnose ne permet pas une randomisation en double aveugle. Nous recrutons des patients qui acceptent de participer à toutes les méthodes de soins proposés : hypnose seule, TSN seul, hypnose + TSN (cf. Annexe 6), au risque de limiter le recrutement.

Cela évite « d'interdire » une méthode si le sujet s'y attendait (au risque de décevoir) ou au contraire « d'imposer » une méthode comme l'hypnose (ce qui majorerait les résistances). Ce recrutement permet d'éviter la « sélection » naturelle des thérapeutes pratiquant l'hypnose qui proposent cet outil aux patients demandeurs, et donc motivés. Cela évite également d'avoir des patients uniquement demandeurs d'hypnose. La littérature montre bien que les patients ayant choisis librement l'hypnose dans les études avaient de meilleurs résultats traduisant ainsi des biais de sélection et de confusion en fonction de leurs problématiques. Nous avons donc un risque faible mais présent de patients qui pourront être peu suggestibles ou moins motivés, et donc avoir de moins bons résultats avec l'hypnose.

Nous pourrions penser qu'un patient pourrait « tenter sa chance » s'il souhaite avoir spécifiquement l'hypnose ou les TSN en acceptant toutes les méthodes au questionnaire de pré-sélection. C'est pourquoi il est intéressant que le recrutement se fasse en cabinet de médecins généraliste chez des patients représentatif de la population générale demandant spontanément un sevrage en tabac sans avoir connaissance de l'étude.

La visite de pré-sélection associée aux critères d'inclusion/non-inclusion permettent de limiter les biais de sélection et la randomisation les biais de confusion. Il persiste cependant un biais d'évaluation, de jugement, lors d'une étude ouverte. Cette pré-sélection « innocente » d'un(e) patient(e) acceptant toutes les méthodes proposées permet de minimiser la persistance de biais de sélection pour avoir des patients conformes à notre objectif et représentatifs de la population générale. Nous espérons limiter au maximum les éventuelles résistances avec la randomisation lorsqu'un patient est peu enclin à tenter l'hypnose et aurait préféré les TSN, et inversement. Tout comme nous espérons limiter les biais de motivation avec les patients ayant des attentes positives sur l'hypnose supérieure aux TSN, et

inversement. Nous espérons que la randomisation va limiter le biais de confusion possible des patients ayant des représentations et des attentes plus ou moins positives d'un traitement par rapport à un autre en dépit du fait qu'ils soient volontaires à l'utilisation des deux. Le fait que ces biais peuvent s'appliquer pour les deux traitements nous pensons que cela rend cette méthode de randomisation relativement solide au regard de ce qui avait été proposé dans la littérature. Le fait que l'étude soit ouverte n'exclue pas ces risques en totalité malheureusement.

La randomisation est un excellent moyen de limiter les biais étant donné qu'elle permet de limiter des facteurs de confusions même inconnus. Notamment dans le contexte du vécu du sevrage en tabac car les facteurs de confusion possible sont encore mal connus.

Nous ne faisons pas d'appariement pour limiter des biais de confusion supplémentaires en raison du faible nombre de sujets nécessaires pour l'étude et des modalités de recrutement pour la constitution des groupes d'études. Dans tous les cas nous tiendrons compte des différentes variables entre les groupes dans les modèles d'analyse multivariée (cf. infra).

Une liste de randomisation a été préparée par l'unité de recherche et de neurostimulation (URN) du CH Esquirol à l'aide d'une table des hasards pour attribuer un groupe de traitement dans l'ordre des inclusions. Les enveloppes sont scellées et numérotées dans l'ordre des inclusions, avec le traitement alloué figurant dans l'enveloppe. Chaque enveloppe n'est ouverte qu'au moment de l'inclusion après signature du recueil de consentement.

I.8.5.4. Consultations de sevrage en tabac

Les consultations de sevrage (cf. Annexe 5) se composent d'une consultation tabagique type entretien motivationnel adaptée au moment du suivi, de questionnaires spécifiques à la consultation et de la prescription ou de la réalisation du traitement du groupe alloué.

Elles ont lieu à J0, J7 (+/- 1 jour) et J30 (+/- 3 jours). Le protocole des consultations de sevrage dure un mois (plus ou moins quatre jours) pour chaque patient.

La première consultation de sevrage est celle qui fait suite à la visite d'inclusion. Elle est notée J0 pour faciliter le déroulement de l'étude aux thérapeutes car c'est le point de départ des consultations de sevrage en tabac. Toutes les consultations sont notées JX avec X pour le nombre de jours à partir de la première consultation J0.

Les symptômes de sevrage semblent apparaître dès le premier jour de sevrage (possiblement entre 2 et 24h) (389) et ils commencent dans la grande majorité dans les deux premiers jours (234). Nous avons donc prévu une auto-évaluation du syndrome de sevrage tabagique à deux jours (J2) tout en ayant un score de référence, grâce à l'évaluation faite à J0.

La deuxième consultation se fait à une semaine de la première, elle est donc notée J7. Dans l'immense majorité des cas les symptômes de sevrage sont paroxystiques durant la première semaine (337). C'est pourquoi nous avons choisi d'évaluer l'intensité du syndrome de sevrage tabagique spécifiquement à J7 en critère principal. Cette deuxième consultation a une marge de plus ou moins un jour. L'objectif est d'uniformiser les temps de comparaison afin d'avoir une meilleure standardisation des mesures. Cette fine marge permet également que les patients soient revus pendant la principale période de rechute. De cette façon les traitements peuvent être adaptés et la motivation renforcée.

Ces symptômes disparaissent vers la deuxième semaine de sevrage et dans la majorité des cas ils s'effacent après le premier mois (234). Ce qui nous a conduit à prévoir une auto-évaluation du syndrome de sevrage tabagique à quinze jours (J15). Tout en prévoyant une consultation à un mois (J30) afin d'articuler la prise en charge et d'adapter la stratégie thérapeutique. Ainsi nous avons un ratio intéressant entre un suivi tabacologie renforcé mais pas trop contraignant. En effet, un protocole de suivi encore plus intense n'aurait pas sens pour représenter la pratique clinique courante et il pourrait favoriser les perdus de vue.

La troisième consultation à J30 a une marge de plus ou moins trois jours. Étant donné que l'évaluation du pic d'intensité de sevrage tabagique se situe la première semaine il nous est plus facilement acceptable d'avoir une marge un peu plus grande pour l'appréciation du sevrage à un mois au moment où les symptômes disparaissent. Le délai de trois jours est calculé pour faire face à une éventuelle consultation décalée d'un week-end et faciliter la disponibilité des thérapeutes participants à l'étude.

L'intensité du sevrage et le moment d'apparition des symptômes conditionnent la rechute (338,390). Par exemple si l'intensité du sevrage augmente graduellement pendant les premières semaines, les taux de rechutes sont plus importants. Et à l'inverse, la diminution rapide mais progressive des symptômes de sevrage est plus protectrice d'une rechute pendant le mois de sevrage. C'est pourquoi nous avons choisi d'évaluer l'évolution de l'intensité des symptômes de sevrage au cours du premier mois dans les critères secondaires (de J0 à J30) lors de l'arrêt ou de la diminution du tabac. Seul le craving et la prise de poids ont tendance à rester intenses sur une plus longue période (169). Ceci conforte notre choix de la comparaison de l'évolution du craving comme critère secondaire. De plus dans notre échelle d'évaluation du critère principal (CWS-21) un item concerne l'augmentation de l'appétit et la prise de poids. Malgré les croyances des fumeurs, ce gain pondéral n'est pas systématique. L'augmentation de l'appétit est un facteur de rechute plus tardif et plus facilement canalisable. Au-delà des évaluations, l'objectif principal de cette recherche est d'accompagner de manière optimale des patients désirant un sevrage tabagique. C'est dans ce but que des consultations de suivi sont prévues à J7 et J30 et que les patients n'ont pas été seulement suivis par le biais d'auto-questionnaires par courrier ou par internet. La consultation de J7 est prévue pour voir les patients dans la période aigue du sevrage selon la cinétique connue des symptômes de sevrage. De plus il est recommandé d'ajuster la posologie de TSN dès la première semaine en fonction de l'existence d'éventuels symptômes pour ajuster le dosage. La consultation de J30 est prévue afin de mieux orienter les patients et optimiser la prise en charge tout en évaluant la diminution ou disparition du syndrome de sevrage tabagique.

Les patients débutent leur protocole en fonction de leur première consultation de sevrage (J0). Les inclusions sont étalées sur plusieurs mois pour pouvoir optimiser l'accès aux soins pendant l'étude étant donné que nous avons un nombre limité de thérapeutes. Ce temps d'inclusion nous permettra également d'avoir le nombre de sujets nécessaire.

L'objectif est d'avoir le meilleur accès aux soins et le plus rapidement possible pour les patients souhaitant arrêter de fumer. Le délai prévu entre la visite de pré-sélection et la visite d'inclusion (Vi) est compris entre deux jours et deux semaines. Le délai moyen prévu entre la visite d'inclusion (Vi) et la première consultation de sevrage (J0) est compris entre un jour et trois semaines. Un délai maximum de trois semaines est prévu entre la visite d'inclusion et la première consultation de sevrage en cas d'impossibilité du patient d'aller aux consultations proposées ou imprévus. Cette limite a été posée afin qu'en cas d'imprévus le délai ne soit jamais plus long que trois semaines. Par ailleurs les patients demandeurs d'arrêt sont majoritairement

des personnes ayant eu un ou plusieurs échecs de sevrage et les critères de non-inclusion permettent de ne pas avoir de situations cliniques nécessitant un arrêt tabagique immédiat (opération prévue dans les prochains mois, grossesse...).

Malgré les faibles délais entre la visite d'inclusion et la première consultation, il se peut que les patients diminuent leur consommation de tabac, même s'il est souhaitable de débiter le sevrage lors de la première consultation de sevrage. La variabilité interindividuelle des sevrages tabagiques permet de ne pas considérer cette éventualité comme un événement indésirable, de plus les patients sont en droit d'arrêter leur consommation lorsqu'ils se sentent prêt. C'est pourquoi une évaluation de l'intensité du sevrage tabagique sera faite avec l'échelle de sevrage de la cigarette (CWS-12), une évaluation du manque tabagique (FTCQ-12) ainsi que le test de dépendance au tabac à chaque consultation, y compris à la visite d'inclusion.

En cas de diminution ou d'arrêt de la cigarette quelques jours avant la première consultation, le protocole sera inchangé. Le patient a été inclus avec une dépendance au tabac, celle-ci n'est pas remise en cause et la dépendance tout comme le vécu du sevrage sont le reflet d'un instant présent. L'addiction est une maladie chronique dont l'évolution ne se fait pas de manière linéaire. La dépendance n'est pas que physique, elle est également psychologique. Par exemple, le craving peut s'avérer plus intense de manière plus tardive chez les personnes ayant une dépendance psychologie majeure par rapport aux personnes ayant une dépendance physique plus prononcée. Le vécu du sevrage sera également impacté par l'environnement et les événements de vie. De ce fait il est envisageable d'évaluer le syndrome de sevrage tabagique chez des personnes ayant diminué ou arrêté le tabac à quelques jours de différence. Dans le cas d'un scénario où le patient a arrêté le tabac deux jours avant la première consultation (J0), il recevra tout de même le traitement de son groupe. Il pourra avoir une séance d'hypnose s'il est dans le bras hypnose et une prescription de TSN adaptée à sa dépendance s'il est dans le bras TSN. En effet malgré l'arrêt du tabac deux jours avant et une absence de sensation de besoin de TSN, il se peut que dans les jours suivant le craving ou tout autre symptôme de sevrage tabagique nécessite l'utilisation de TSN. Nous ne pouvons pas présumer ce que sera le vécu du sevrage tabagique dans les jours à venir.

Les patients ont un rappel téléphonique à J2 et J15 pour la réalisation de la CWS-21 et du FTCQ-12 ainsi qu'un rappel téléphonique deux jours avant leur consultation de sevrage tabagique.

Les patients ont été informé de l'absence de bénéfice établi de l'hypnose dans le sevrage tabagique. L'accompagnement est maintenu afin d'être en mesure de leur proposer les stratégies recommandées. C'est pourquoi, à la fin de l'étude tous les patients du groupe hypnose sont invités à bénéficier des TSN s'ils le souhaitent. Ils sont délivrés par un(e) addictologue, en plus ou en remplacement de l'hypnose. Et dans un soucis d'équité tous les patients du bras TSN peuvent être redirigés vers un hypnothérapeute s'ils le demandent, en plus du suivi addictologique déjà en place. Ainsi à la fin de la troisième consultation (J30), le suivi se fait en fonction de la demande du patient et de l'appréciation du thérapeute en tenant compte de l'évolution clinique. Tous les patients ont accès aux traitements de référence du sevrage tabagique dès la fin de la troisième consultation ou en cas de sortie d'étude. Ceci permet de proposer systématiquement les traitements de référence aux patients.

I.8.5.5. Schéma détaillé de la recherche

Il s'agit d'une étude de supériorité, contrôlée, randomisée, ouverte, visant à comparer deux groupes parallèles de patients adultes fumeurs, l'un traité par hypnose et l'autre traité par TSN.

Cette étude est monocentrique et portera sur 30 patients adultes fumeurs.

C'est une étude prospective impliquant la personne humaine de catégorie 2 qui ne comportent que des risques et des contraintes minimales dont la liste est fixée par l'arrêté du 2 décembre 2016.

1. Recrutement : visite de pré-sélection (médecins généralistes, investigateurs ou les personnes associées) : 15 min

- Proposition aux patients demandeurs d'un sevrage tabagique de participer à l'étude.
- Questionnaire de pré-sélection fait lors de la consultation.
- Lettre d'information sur l'étude remise lors de la consultation.
- Appel du médecin traitant lors de la consultation au pôle universitaire d'addictologie en Limousin pour prendre le rendez-vous pour la visite d'inclusion si le patient le souhaite. Le médecin laisse un message avec les coordonnées du patient s'il appelle en dehors des horaires d'ouverture du secrétariat. Dans ce cas, le secrétariat du pôle d'addictologie appelle le patient pour prendre le rendez-vous pour la visite d'inclusion.
- Le médecin envoie le questionnaire de pré-sélection au responsable de l'étude à l'aide d'une enveloppe affranchie.
- Dans tous les cas, le secrétariat passe un appel au patient à la réception du questionnaire de pré-sélection pour vérifier si le patient souhaite une visite inclusion ou maintenir le rendez-vous pris avec son médecin traitant lors de la visite d'inclusion. Si la visite de pré-sélection elle est faite par l'investigateur ou une personnes associée, le patient est appelé deux jours après pour prendre rendez-vous pour la visite d'inclusion s'il le souhaite.

2. Visite d'inclusion (Vi) (investigateurs ou les personnes associées) : 45 min

- Rappel du déroulement de l'étude et des contraintes. Informations complémentaires sur l'étude en fonctions des demandes de la personne
- Récupération des données du questionnaire de pré-sélection et vérification de l'absence d'erreurs ou de données manquantes
- Vérification des critères de participation
- Passation des questionnaires : FTND, AUDIT, CAST, MADRS, HAM-A
- Recueil du consentement
- Recueil des données socio-démographiques : âge, sexe, profession, niveau d'étude, état civil
- Recueil du fonctionnement de vie : pratique d'une activité physique, loisirs, présence d'un entourage
- Données cliniques : antécédents, traitements, observations cliniques éventuelles
- Recueil du nombre de cigarette fumée par jour, âge de début des consommations et consommation moyenne sur déclaration du patient

- Recherche d'un trouble de l'usage d'une substance autre ou non lié à une substance
- Vérification de la non utilisation d'autres moyens de sevrage tabagique pendant l'étude (cigarette électronique, bupropion, plom, snus...)
- Passation des questionnaires CWS-21 et FTCQ-12
- Poids et taille pour le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) sur les dires du participant
- Randomisation et prise de rendez-vous pour la première consultation de sevrage (J0)

Une carte de participation est donnée au patient avec le nom du thérapeute assigné et les dates des consultations programmées en sa présence.

(A l'inclusion le questionnaire de pré-sélection est détruit pour anonymiser le patient pendant la recherche, les données récoltées et vérifiées sont retranscrites sur le cahier d'observations.)

3. Première consultation de sevrage (J0 = V1) (addictologue ou hypnothérapeute) : 60 à 75 min

(Rappel de la consultation par téléphone deux jours avant)

Échelles d'évaluation

- FTND
- CWS-21
- FTCQ-12
- EVA de la motivation pour arrêter de fumer et EVA de la confiance au succès du sevrage
- MADRS
- HAM-A

Consultation de sevrage tabagique type entretien motivationnel

- Histoire de la consommation de tabac depuis la visite d'inclusion
- Recherche d'évènement médical récent et/ou changement dans les traitements
- Bilan tabagique
- Séance d'hypnose ou prescription de TSN en fonction du groupe traité
- Prochain rendez-vous convenu avec le patient

4. Auto-évaluations (à domicile) deux jours après la première consultation de sevrage : 10 min

(Rappel par téléphone de la passation des questionnaires le jour même [J2])

- Deux auto-questionnaires à remplir à J2 sont remis au patient préalablement informé des consignes : la CWS-21 et le FTCQ-12

5. Deuxième consultation de sevrage (J7 = V2) +/- 1 jour (addictologue ou hypnothérapeute) : 60 à 75 min

(Rappel de la consultation par téléphone deux jours avant)

Échelles d'évaluation

- CWS-21
- FTCQ-12
- EVA de la motivation pour arrêter de fumer et EVA de la confiance au succès du sevrage
- MADRS
- HAM-A

Consultation de suivi de sevrage tabagique type entretien motivationnel

- Histoire de la consommation de tabac depuis la première consultation et évolution clinique
- Recherche d'évènement médical récent et/ou changement dans les traitements
- Recherche d'éventuelles méthodes supplémentaires d'aide au sevrage tabagique utilisée entre les deux consultations
- Bilan tabagique
- Séance d'hypnose ou prescription de TSN en fonction du groupe traité
- Prochain rendez-vous convenu avec le patient

6. Auto-évaluations (à domicile) une semaine après la deuxième consultation de sevrage : 10 min

(Rappel par téléphone de la passation des questionnaires le jour même [J15])

- Deux auto-questionnaires à remplir à J15 sont remis au patient préalablement informé des consignes : la CWS-21 et le FTCQ-12

7. Troisième consultation de sevrage (J30 = V3) +/- 3 jours (addictologue ou hypnothérapeute) : 75 min maximum

(Rappel de la consultation par téléphone deux jours avant)

Échelles d'évaluation

- CWS-21
- FTCQ-12
- FTND
- EVA de la motivation pour arrêter de fumer et EVA de la confiance au succès du sevrage
- MADRS
- HAM-A

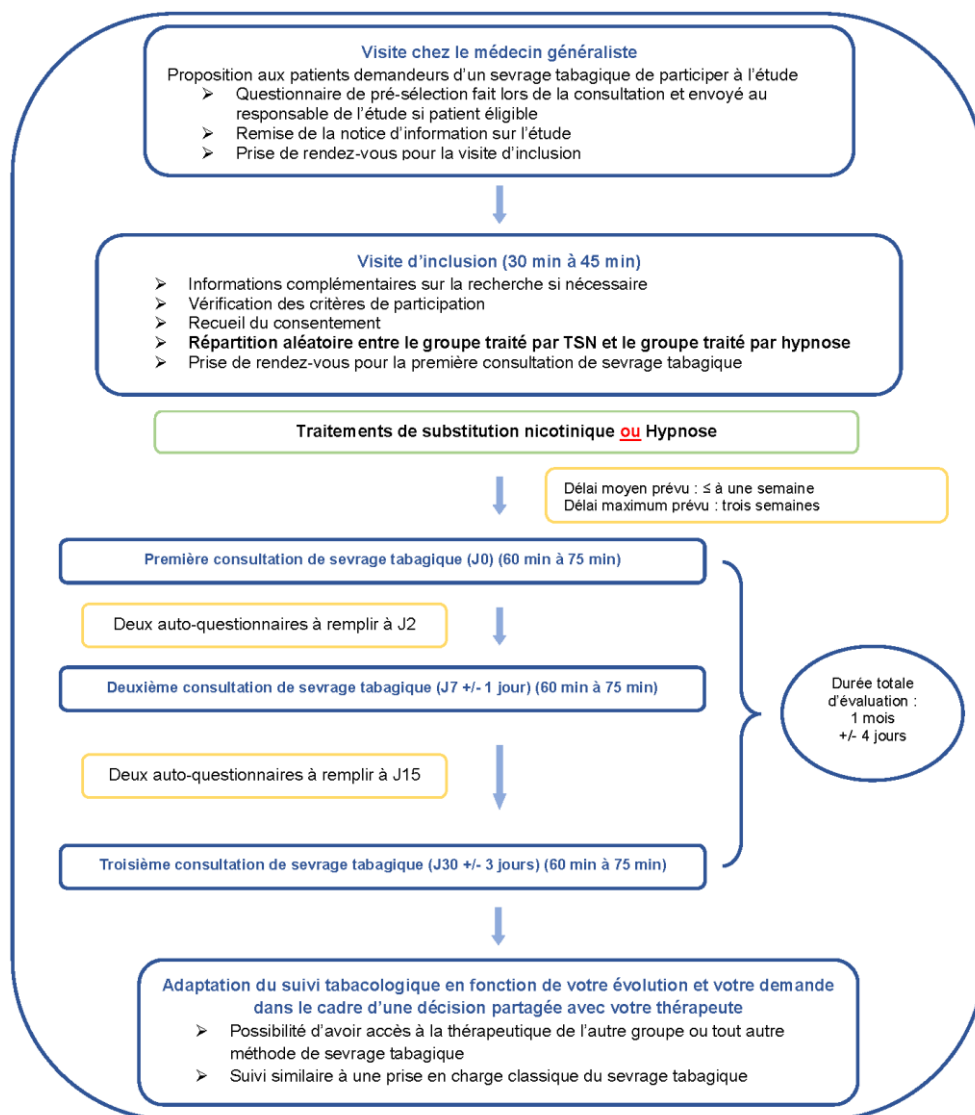
Consultation de suivi de sevrage tabagique type entretien motivationnel :

- Histoire de la consommation de tabac depuis la deuxième consultation et évolution clinique
- Recherche d'évènement médical récent et/ou changement dans les traitements
- Recherche d'éventuelles méthodes supplémentaires d'aide au sevrage tabagique utilisée entre les deux consultations
- Bilan tabagique
- L'articulation de la séance et du suivi se fait en fonction de la demande du patient et de l'appréciation du thérapeute dans le cadre d'une décision partagée.

Tous les patients ont accès à une prise en charge classique du sevrage en tabac dès la fin de la troisième consultation ou en cas de sortie d'étude.

I.8.5.6. Tableau récapitulatif de suivi des patients

	Pré-Sélection	Inclusion (Vi)	J0 (V1)	J2	J7 (+/-1j) (V2)	J15	J30 (+/-3j) (V3)
Questionnaire de pré-sélection	<input checked="" type="checkbox"/>						
Information	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
Vérification CI / CNI		<input checked="" type="checkbox"/>					
Recueil du consentement		<input checked="" type="checkbox"/>					
Données socio-démographiques		<input checked="" type="checkbox"/>					
Données cliniques		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Randomisation		<input checked="" type="checkbox"/>					
FTND		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
CAST		<input checked="" type="checkbox"/>					
AUDIT		<input checked="" type="checkbox"/>					
MADRS		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
HAM-A		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
CWS-21		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
FTCQ-12		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
EVA (motivation et confiance)			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
TSN			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Hypnose			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>



I.8.6. Traitements ou procédures associé(e)s autorisé(e)s et interdit(e)s

Chaque patient bénéficie de trois consultations de sevrage tabagique dans chaque groupe traité. Toute modification de traitement pharmacologique est notée dans le cahier d'observations. Si le patient nécessite une consultation plus rapprochée ou entre l'intervalle J7 et J30 en raison de son état clinique, elle devra être stipulée dans le recueil des données ainsi que les interventions faites durant cette consultation.

Il n'est pas autorisé d'introduction ou de modification de traitement psychotrope entre J0 et J30 qui pourrait interférer dans les symptômes du sevrage tabagique et entraîner des biais dans l'évaluation du critère principal.

Les patients ne peuvent pas bénéficier du traitement de l'autre bras pendant le mois de sevrage entre J0 et J30. De même il est interdit d'utiliser d'autres méthodes d'aide au sevrage tabagique qui peuvent interférer dans l'analyse du critère principal. Tous les traitements pharmacologiques sont moins recommandés que les TSN et toutes les stratégies non médicamenteuses sont moins efficaces que celle proposée dans le cadre de l'étude (EM

sur des séances longues) (cf. figure 18). Nous pouvons donc nous permettre de les proscrire pendant le mois de l'étude.

Les cigarettes électroniques sont également non admises pendant l'étude. Les cigarettes électroniques peuvent selon leurs concentrations en nicotine être considérées comme des médicaments ou comme des produits de consommation courante. Une première étude randomisée publiée en 2013 suggère que la cigarette électronique n'est pas différente du timbre transdermique ni des cigarettes électroniques placebo pour aider les fumeurs à arrêter sur une période de six mois (183,222). Elles viendraient interférer avec les critères d'évaluation. De plus l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM, 2016) recommande de ne pas consommer ce type de produit et aucune cartouche ou flacon n'a l'AMM.

Afin d'uniformiser le protocole et d'évaluer précisément l'action des traitements comparés, les outils d'auto-support ne sont pas utilisés pendant l'étude. D'après plusieurs revues de littérature les outils d'auto-support sont plus efficaces que l'absence d'intervention pour l'aide à l'arrêt du tabac. En revanche, ils ne semblent pas supérieurs aux conseils brefs d'un professionnel de santé. La HAS les recommande pour les patients qui ne souhaitent pas être pris en charge par un professionnel de santé (183,391). De ce fait il nous a permis de ne pas les utiliser pendant le mois d'étude sans impacter la qualité de la prise en charge addictologique. Il n'y a pas de contre-indication à utiliser ces outils, en plus des traitements recommandés, si nous nous en référons aux bonnes pratiques. Cependant ils limiteraient l'évaluation des critères de jugement étant donné qu'ils ont montré un effet modeste dans la prise en charge du tabac par rapport à l'absence d'intervention. De plus, certains outils d'auto-supports pourraient faire penser à des techniques d'autohypnose. Par exemple, la projection dans le succès, la respiration rectangle (respirer en comptant les temps de respiration), etc. En effet la limite peut paraître floue entre certains petits exercices de relaxation, de gestion des angoisses, d'autohypnose, ou tout autre exercice personnel de mobilisation de ses propres ressources. La question est donc de savoir si le fait de ne pas donner des outils d'auto-supports dans le groupe traité par TSN serait désavantageux au regard de l'autohypnose faite dans le groupe traité par hypnose ? Nous pensons que non. L'autohypnose fait partie du traitement par hypnose, elle est indissociable. D'une part l'autohypnose n'est pas comparable aux outils d'auto-support car c'est un exercice qui nécessite un apprentissage et met en jeu des mécanismes propre à l'hypnose. Comme nous l'avons vu l'hypnose permet de mobiliser la plasticité cérébrale et ne se limite pas à une simple mentalisation. D'autre part, la plupart des patients dans le sevrage du tabac n'utilisent pas ces outils d'auto-support lorsqu'ils ont un suivi adapté satisfaisant. Et enfin, ces outils ne sont pas systématiquement donnés en pratique courante, que ce soit chez les médecins généralistes ou chez les addictologues. Ils ne sont donc pas utilisés pendant l'étude tout en nous laissant la liberté d'être représentatif de la pratique clinique habituelle.

Finalement, toutes les autres méthodes de sevrage tabagique différentes du groupe traité (TSN ou hypnose) sont pas utilisées pendant la durée de la recherche. De ce fait, les patients n'utilisent pas pendant l'étude : tout autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique (bupropion et varénicline notamment), la cigarette électronique, la thérapie comportementale, la guidance (ou counselling), les outils d'auto-support, l'assistance téléphonique ou interventions via téléphone portable, l'acupuncture, les interventions via internet ou les méthodes aversives. Cette information est délivrée pendant la visite de pré-sélection, dans la lettre d'information et lors de toutes les visites de l'étude avant J30 (Vi, J0 et J7).

Aucune prise en charge diététique spécifique n'est mise en place pendant l'étude. Elle pourrait influencer la comparaison du critère principal étant donné l'implication non rare, bien que surestimé, de l'augmentation de l'appétit et de la prise de poids comme éléments péjoratifs de la qualité du sevrage tabagique. De plus il n'est pas souhaitable de faire un régime pour maigrir pendant le sevrage tabagique pour éviter une source de stress supplémentaire selon l'INPES. La notion de prise de poids et d'augmentation de l'appétit est intégrée au CRF et dans la CWS-21.

L'efficacité de l'exercice physique dans l'aide à l'arrêt du tabac n'est pas établie, les études étant limitées en termes de quantité et de qualité, si le patient débute une nouvelle activité physique pendant le mois d'évaluation, celle-ci sera notée sur le CRF étant donné la possibilité de diminution du craving par le sport (392). Pour autant cette influence reste minime et ne nous incite pas à restreindre une pratique sportive chez les patients pendant l'étude. Les addictologues et hypnothérapeutes resteront neutres à ce sujet sans influencer dans un sens ou dans l'autre afin d'éviter tout biais potentiel. Il est prévu de noter dans le CRF (cf. Annexe 5) toute modification comportementale, y compris le sport afin d'évaluer une éventuelle modification d'activité physique, au cours du mois de l'étude.

En cas d'appel téléphonique des patients aux thérapeutes, ils sont notifiés dans le CRF en précisant le motif. L'absence d'efficacité prouvée d'un contact téléphonique nous permet de ne pas considérer un événement isolé comme un élément de décompensation ou motif de sortie d'étude. Dans le cas d'appels répétés (supérieurs à deux), ils sont notés dans les effets indésirables non graves. Le thérapeute peut alors évaluer cliniquement la pertinence ou pas d'une sortie d'étude si ces appels sont en lien avec un syndrome de sevrage tabagique nécessitant une prise en charge renforcée ou signant des éléments de décompensation thymique.

Les patients sont donc contraints à ne pas employer ces méthodes d'aides au sevrage additionnelles pendant l'étude bien qu'il n'y ait pas de raison objective de dissuader le patient du recours à ces approches dans le cadre d'une démarche personnelle. Cette démarche pourra donc être envisagée avec l'addictologue ou l'hypnothérapeute dans l'articulation du suivi à partir de la troisième consultation de sevrage en fonction des demandes des patients.

I.8.7. Rapport bénéfice / risque de l'étude

Les contraintes auxquelles les patients sont soumis dans cette étude sont essentiellement liées aux consultations qui ont lieu à trois reprises minimum pendant une durée moyenne de 60 minutes. Le délai prévu est d'un jour à une semaine entre la pré-sélection et la visite d'inclusion (Vi). Il est prévu une journée minimum de délai entre la pré-sélection et la visite d'inclusion pour laisser un temps de réflexion. Le délai idéal est d'une semaine et demie entre la pré-sélection et la première consultation de sevrage (J0). Les patients attendent au maximum trois semaines entre la visite d'inclusion (Vi) et la première consultation (J0), sauf en cas de difficulté pour le patient de se libérer aux consultations proposées ou imprévus.

L'accès aux soins et aux traitements est gratuit. La prise en charge financière des TSN se fait par le CH Esquirol et les consultations sont assurées par des professionnels du service publique. L'accès aux soins est donc facilité et permet aux patients en situation de précarité d'avoir les mêmes soins. Les consultations assurées à la fin du mois d'évaluation en cas de volonté d'utilisation de la thérapie de l'autre groupe sont également gratuites. Tous les

thérapeutes sont des professionnels de santé formés et ayant les compétences requises pour chaque prise en charge.

Il existe une multitude de traitements pharmacologiques pour lutter contre le tabac et les bénéfices sont clairement en faveur de l'utilisation de thérapie pour appuyer le sevrage (393). Il est préconisé de privilégier les TSN étant donné leurs bons profils de tolérance. Dans tous les cas le bénéfice reste en faveur de l'utilisation des traitements. Ces traitements ne présentent pas d'effets indésirables graves (cf. risques d'événements indésirables). Les études ont montré un bénéfice largement supérieur à l'utilisation des traitements de substitution nicotinique, et ce quel que soit les antécédents des patients, par rapport à la poursuite de la consommation de tabac (393). Les TSN restent efficace même s'ils ont déjà été utilisés dans le passé sans succès (394). Il existe souvent des défauts de prescription ou d'observance qui ont contribué à limiter les chances d'abstinence. De ce fait les patients gardent toutes les chances de succès quel que soit le groupe de l'étude grâce à l'encadrement par des professionnels formés au sevrage tabagique.

Concernant les risques de l'hypnose, ils sont faibles. Selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS l'hypnose ne présente pas de risque particulier en termes d'effets secondaires. La majorité des effets indésirables sont liés à une utilisation de cet outil en dehors de son champ de compétence ou une absence de compétence. Il est possible de constater des réactions émotionnelles pouvant être fortes avec parfois des abréactions lors de la séance. Celles-ci ne sont pas graves mais elles doivent être bien accompagnées. C'est pourquoi les hypnothérapeutes sont des personnes formées dans le cadre de diplômes universitaires officiels. Pour éviter tout inconfort aux patients, les hypnothérapeutes respecteront un protocole précis (entretien préalable, recueil des données, phrases de sécurité d'entrée et sortie). Le diplôme universitaire (D.U) d'hypnose respecte une charte d'éthique en lien avec la Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves et l'ISH (International Society of Hypnosis). Tous les hypnothérapeutes ont été formés au sein de l'université de médecine de Limoges au D.U « Hypnose et Thérapies brèves stratégiques et solutionnistes ». Tous les patients du groupe hypnose sont invités à bénéficier des TSN s'ils le souhaitent.

Chaque étape en vue d'un sevrage est un apprentissage vers un avenir débarrassé du tabac. Ceci implique que même si le patient est perdu de vue ou que sa consommation n'est pas modifiée il pourra tout de même en tirer un bénéfice ultérieur.

Il se peut que leur consommation de tabac ne soit pas réduite et que les patients prennent du poids pendant le sevrage. Si tel est le cas, les patients sont orientés vers une prise en charge spécifique, en plus ou en relai du thérapeute avec qu'il a commencé le suivi associé avec des conseils diététiques et sportifs adaptés. Les données disponibles montrent que le bénéfice de l'arrêt du tabagisme sur le risque cardio-vasculaire est significatif même en cas de prise de poids (183).

Peu importe le nombre d'essais de sevrage et les méthodes utilisées au fil des années, les retombées en termes de santé publique et d'économie restent en faveur de l'arrêt du tabac (395).

Comme nous l'avons rapporté, le tabac est responsable d'une importante morbidité et mortalité. La balance semble donc en faveur d'un bénéfice au sevrage en tabac. Et cela, quel que soit le résultat sur la consommation. De plus, toutes les situations à risque (effets indésirables, épisode dépressif sévère, comorbidités addictives...) sont encadrées par des professionnels formés tout en respectant les recommandations actuelles dans la prise en

charge du tabac. Il est attendu un réel bénéfice en cas d'arrêt ou de diminution de la consommation du tabac, en termes de meilleure santé physique et mentale, quel que soit le groupe auquel le patient est attribué.

La majorité des patients qui viennent pour un sevrage ont déjà utilisé des TSN, ce qui nous permet de facilement proposer l'hypnose dans un des groupes étant donné que l'étude est ouverte et que les patients ont connaissance de la possibilité de moindre efficacité de l'hypnose. De plus le traitement de première intention (TSN) est systématiquement proposé à la fin du mois d'évaluation de l'étude. Pour finir, les critères d'inclusion et de non-inclusion permettent de ne pas avoir de situations cliniques nécessitant un arrêt tabagique immédiat ou de situations à risque afin que nous puissions proposer une thérapeutique dont l'efficacité est attendue mais pas encore démontrée.

I.8.8. Recueil des données

Toutes les informations requises par le protocole sont consignées sur les cahiers d'observations et une explication est apportée par l'investigateur (ou personne associée) pour chaque donnée manquante. Les données sont recueillies au fur et à mesure qu'elles sont obtenues, et transcrites dans ces cahiers de façon nette et lisible.

Les données enregistrées à l'occasion de cette recherche font l'objet d'un traitement informatisé à l'URN du centre hospitalier Esquirol de Limoges.

Pendant la recherche ou à son issue, les données recueillies concernant les personnes qui s'y prêtent et transmises au promoteur par les investigateurs (ou tous autres intervenants spécialisés) sont rendues anonymes.

Les données sont recueillies et traitées sous la responsabilité du responsable de traitement, promoteur de cette étude, selon les dispositions relatives au Règlement Général sur La Protection des Données de l'Union Européenne (RGPD).

I.8.9. Stratégie d'analyses statistiques

Description de la population

Une description de la population incluse totale et par groupe est réalisée. Les données quantitatives sont décrites en moyenne \pm écart-type. Les variables qualitatives sont décrites en pourcentage et effectifs.

Nous avons vu dans la partie des généralités, les facteurs prédictifs de rechute sont : le sexe féminin, une dépendance forte à la nicotine, une tendance anxieuse ou dépressive et une consommation excessive d'alcool ou une consommation d'autres substances psychoactives (251,253–255). Le score de dépendance est le paramètre statistiquement significatif le plus solide sur l'ensemble des études sur le risque d'échec du sevrage. Ces données font partie des informations recueillies pendant l'étude. Seul les éléments anxio-dépressifs ont montré un impact négatif sur le vécu du sevrage tabagique. Les critères d'inclusions/non-inclusion nous permettent d'éviter des patients qui souffrent de dépression ou d'anxiété sévère. Il n'a pas été mis en évidence dans la littérature d'autres facteurs de confusions spécifiques dans le vécu du sevrage tabagique (par manque d'études spécifiques sur ce sujet, par manque de solidité des résultats ou par la présence d'études orientées seulement sur le risque de rechute et les conséquences sur la santé du tabac). Notre objectif est d'évaluer le vécu du sevrage tabagique et non pas le risque de rechute même s'ils sont intriqués. Nous ne prévoyons donc pas de stratification lors du traitement des résultats.

D'autant plus que le NSN ne nous permet pas une analyse en sous-groupes et l'absence de stratification ne nous impose pas de le revoir à la hausse. Malgré cela, les données des deux groupes à l'inclusion sont tout de même comparées pour vérifier qu'elles sont semblables sur l'âge, le sexe, le degré de dépendance au tabac, la durée du tabagisme, la quantité de cigarettes consommée, le score d'anxiété et le score de dépression (tests non paramétriques de mann-Whitney).

Les variables différentes entre les groupes sont prises en compte par la suite dans les modèles d'ajustement et d'analyse multivariée. La différence d'un temps de suivi par rapport à l'inclusion est étudiée par test apparié de Wilcoxon pour l'effectif total et au sein de chacun des groupes.

L'analyse est faite en intention de traiter.

Analyses

L'analyse principale porte sur la comparaison de moyennes entre les deux groupes des scores de l'échelle CWS-21 à J7 par un test non paramétrique de Mann-Whitney.

Les analyses secondaires entre les deux groupes traités portent sur :

- La différence à chacun des temps d'étude des scores de l'échelle CWS-21,
- L'évolution différentielle des scores qui est analysée par un test ANOVA en mesures répétées, avec comme facteur inter-sujet le groupe pour analyser l'évolution des scores aux échelles psychométriques (scores de la CSW-21, scores du FTND, quantité de tabac consommée, scores du FTCQ-12, scores des EVA de la motivation pour arrêter de fumer et de la confiance au succès du sevrage, scores de la MADRS et scores de la HAM-A).

Une analyse de comparaison entre les groupes pour toutes les échelles psychométriques est également réalisée à chacun des temps par test non paramétrique de Mann-Whitney pour mieux décrire les différences entre groupes.

Une valeur de probabilité < 0.05 est considérée comme significative. Les analyses sont réalisées avec le logiciel SPSS.

Pour l'analyse descriptive des données recueillies menée ici pour les premiers résultats, les moyennes et écarts-types ont été calculés pour les variables quantitatives, les pourcentages pour les variables qualitatives. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées au moyen du logiciel Microsoft® Excel.

I.8.10. Mise en place

I.8.10.1. Comité de Protection des Personnes

Le 13 février 2018 le Comité de Protection des Personnes (CPP) a reçu le protocole de recherche biomédicale, daté du 29 janvier 2018. Il a été évalué le 06 mars 2018 par le CPP Sud Méditerranée V de Nice. Nous avons obtenu la réponse de la commission le 08 mars 2018. Nous avons envoyé une deuxième version du protocole, datée du 14 mars 2018, à leur demande. Ils l'ont reçue le 21 mars 2018. Cette deuxième version a été évaluée le 17 avril 2018. Nous avons eu la réponse de la commission quelques jours plus tard. Une troisième soumission du protocole daté du 24 avril 2018 et modifié en réponse aux observations du CPP a été réalisée le même jour. Le protocole de recherche a obtenu un avis favorable dans sa

troisième version du 24 avril 2018 du Comité de Protection des Personnes Sud Méditerranée V le 22 mai 2018 (cf. Annexe 9).

Au total, il nous a fallu près de quatre mois entre la première version du protocole et l'avis favorable de mise en œuvre de cette recherche sur la personne humaine. L'étude a débuté le 09 juillet 2018, date de la première inclusion. Les inclusions sont possibles jusqu'au 09 mai 2019.

Le promoteur de cette recherche n°2018-A00410-SS est le CH Esquirol et l'investigateur est le Pr. Philippe Nubukpo.

I.8.10.2. Formations des thérapeutes impliqués dans l'étude

Nous avons organisé trois réunions de formations pour les hypnothérapeutes afin d'affiner les connaissances au sujet du tabac et de la pratique courante d'une consultation de sevrage en addictologie afin de standardiser les interventions. Ces formations ont également permis aux hypnothérapeutes de se former aux scripts d'hypnose de sevrage en tabac.

Une formation spécifique des addictologues a été réalisée au sujet du déroulement de la consultation de sevrage, en fonction des différents temps de l'étude afin de standardiser les interventions de la même manière que pour les hypnothérapeutes. Nous avons également détaillé le fonctionnement de la pharmacie mis en place pour l'étude dans les locaux du pôle d'addictologie pour la délivrance des TSN.

Nous avons organisé le 12 mars 2018 une formation générale sur le déroulement de l'étude, sur la pratique du CRF et sur à la passation des questionnaires avec tous les thérapeutes de l'étude (addictologues et hypnothérapeutes).

La visite de mise en place s'est faite le 11 avril 2018. Nous avons repris tout le déroulement de l'étude, la passation des hétéro-questionnaires, consignes pour les auto-questionnaires, le recueil des données, la gestion des événements indésirables, le monitoring, les bonnes pratiques cliniques (BPC), etc. Ce même jour nous avons également refait une formation sur la gestion de la pharmacie pour la délivrance des TSN avec les addictologues et les pharmaciens du CH Esquirol. Une deuxième visite de mise en place s'est faite selon les mêmes modalités le 23 avril 2018 pour les thérapeutes absents lors de la première réunion pour faire un rappel des BPC.

I.8.10.3. Recrutement

Le recrutement auprès des médecins généralistes de Limoges a été fait par courrier et par rendez-vous au cabinet des médecins à la réception de l'avis favorable du CPP. Nous avons envoyé 179 courriers aux médecins généralistes de Limoges pour présenter l'étude fin mai. Nous avons reçu onze retours positifs et sept retours négatifs sur l'ensemble des courriers. Six médecins généralistes supplémentaires ont été rencontrés directement pour la formation au déroulement des visites de pré-sélection. Environ 17 médecins généralistes participent au recrutement actuellement. Ce chiffre reste approximatif car nous avons également reçu des questionnaires de pré-sélection de médecins généralistes ne faisant pas partie de ces 17 médecins ayant validé leur participation à l'étude. Ces demandes viennent de médecins généralistes informés par leurs collègues (par exemple, dans les maisons médicales) ou par les documents remis au réseau départemental de médecine générale.

Nous avons également sensibilisé le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et le réseau de soins ambulatoire d'addictologie en

Limousin à propos de notre étude. Ils peuvent nous contacter pour prévoir une visite d'inclusion si un patient demandeur d'un sevrage en tabac est éligible ou l'orienter vers son médecin généraliste.

Enfin, la mise en place de notre étude sur le CH Esquirol a été signalée par les brèves d'informations mensuelles au sein de l'établissement. Nous avons simplement signalé tout juste après avoir reçu l'avis positif du CPP qu'une étude dans le programme de lutte antitabac est en cours dans les informations de la Fédération de recherche. Dans cette brève d'informations nous avons communiqué les coordonnées du secrétariat d'addictologie pour obtenir plus de renseignements si nécessaire. Les sujets intéressés sont allés voir leur médecin traitant après avoir eu l'information.

Actuellement nous avons reçu approximativement une vingtaine de demandes de sevrage pour notre étude.

I.8.10.4. Financement

La principale part des dépenses de l'étude est celle des TSN. Le montant prévisionnel des substituts nicotiques pour 32 patients sur une durée de trois mois s'élève à 2 500 euros TTC. Il s'agit d'une estimation haute budgétisée en amont de l'étude pour évaluer sa faisabilité. Nous avons calculé le coût par patient de la prise d'un patch de nicotinique (21 mg/24h) avec six gommes à mâcher de 4 mg par jour sur 90 jours. Le fait d'avoir calculé ce chiffre sur 32 patients et avec les dosages les plus onéreux nous permet d'avoir une marge confortable.

Nous avons tenu compte des recommandations de prescription des TSN de la HAS (Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Méthode Recommandations pour la pratique clinique, 2014) pour définir une durée de traitement de trois mois. Cette délivrance n'interfère pas avec le forfait annuel des TSN de l'assurance maladie.

A l'heure actuelle, le budget total des TSN est proche de 700 euros grâce aux tarifs hospitaliers du CH Esquirol pour 13 patients. Le coût total des TSN sera plus proche des 1600 euros que des 2500 euros estimés lors de la création de l'étude. Cette différence pourra servir dans la lutte antitabac proposée sur le CH Esquirol dans d'autres projets.

Le financement des TSN est pris en charge par le promoteur via l'Agence Régionale de Santé (ARS) grâce à son programme de lutte antitabac.

Le promoteur assure également les frais de fonctionnement (courriers, enveloppes, tests de grossesse, reprographie...). Le coût total de l'association des TSN et du fonctionnement est estimé à moins de 3000 euros. Cette somme reflète les estimations « matérielles » et ne tient pas compte du coût humain. Le financement du salaire des thérapeutes et des personnes de l'établissement travaillant sur cette étude est pris en charge par le promoteur.

I.8.10.5. Pharmacie

Nous avons commandé un stock initial de patches identique pour chaque posologie (21 mg, 14 mg et 7 mg) ainsi qu'un stock de départ similaire pour les gommes à mâcher (2 mg et 4 mg) et les comprimés à sucer (2 mg). Ces stocks sont prévus pour cinq patients sur une durée de traitement de deux mois pour toutes les posologies. Ainsi nous pourrions approvisionner les stocks en collaboration avec la pharmacie de l'établissement en fonction des demandes sans pour autant devoir restreindre dans les posologies.

Il a été possible de mettre en place deux zones de délivrance des TSN accessibles pour les addictologues. La première se situe au PC10 et la deuxième à de Simone de Beauvoir. Ces deux structures sont des pavillons d'addictologie sur le CH Esquirol. La première pharmacie au PC10 contient un stock de TSN pour sept patients pour quinze jours. Cette quantité est valable pour toutes les formes de TSN prévues pour l'étude et à toutes les posologies. La pharmacie de Simone de Beauvoir en contient environ la moitié étant donné qu'il n'y a que deux addictologues qui participent à l'étude dans ce pavillon. Le traçage du parcours des TSN au sein de l'établissement, la mise en place des deux pharmacies sécurisées et la création d'un classeur de gestion des stocks des TSN adapté pour l'étude ont été faits avec les pharmaciens du CH Esquirol. Nous avons mis en annexe une partie des documents qui sont actuellement utilisés pour la délivrance des TSN (cf. Annexe 10).

C'est la pharmacie qui gère également les stocks des tests de grossesse.

I.8.11. Fin de la recherche

La recherche se terminera après le mois de sevrage tabagique chez le trentième patient. Tous les patients pourront poursuivre leurs prises en charge avec leur praticien pendant la durée nécessaire à leur prise en charge selon les recommandations de la HAS. Le binôme patient/thérapeute décidera des consultations à prévoir et des modalités de traitements pour le suivi du sevrage tabagique en fonction de l'évolution clinique.

Un courrier de fin d'étude sera envoyé aux médecins traitants participants à la pré-sélection des patients pour les informer de l'arrêt des inclusions et les remercier.

I.9. Résultats

I.9.1. Analyse descriptive des caractéristiques des sujets

À la date de rédaction de cette thèse, 13 sujets ont été inclus dans l'étude HYPNO-TSN-S soit sept sujets dans le groupe TSN et six sujets dans le groupe hypnose. Sur les treize sujets, sept étaient des femmes et six des hommes. L'âge moyen des sujets au moment de l'inclusion dans l'étude HYPNO-TSN-S était de $51,4 \pm 13$ ans. Le plus jeune sujet inclus avait 34 ans et le plus âgé 73 ans. La majorité des sujets étaient des employés avec un niveau d'études supérieures, vivant en couple (cf. tableau 09).

Tableau 9 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des sujets

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des sujets	
Effectif total (n = 13)	
Niveau d'étude	Effectif
Sans diplôme	1
Brevet ou fin d'études 1 ^{er} cycle du secondaire	0
CAP ou BEP	2
Baccalauréat ou fin d'études 2 ^{ème} cycle du secondaire	0
Études supérieures	10
État civil	
Célibataire	0
Marié(e)	5
Divorcé(e) ou séparé(e)	3
PACS ou Concubinage	5
Veuf(ve)	0
Situation professionnelle	
Étudiant	0
Chômeur	1
Ouvrier	0
Employé	7
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	4
Invalidité	1
Activité physique (marche, bricolage...)	
Effectif	8
Fréquence hebdomadaire : nombre/semaine (moyenne \pm écart type)	$2,0 \pm 1,3$
Durée : minutes/semaine (moyenne \pm écart type)	$81,3 \pm 54,1$
Indice de masse corporelle (IMC)	
Moyenne \pm écart type	$24,8 \pm 3,6$

Nous observons qu'il était rapporté une pratique d'activité physique régulière peu intense chez huit sujets. La fréquence moyenne de pratique de cette activité était de deux fois par semaine avec une durée moyenne pour la population inférieure à 45 min par semaine.

L'IMC moyen ($24,8 \pm 3,6$) était dans la norme (à la limite haute). Les valeurs de l'IMC étaient comprises entre 18 et 31 kg/m². L'ensemble des sujets décrivait un bon étayage social et des activités de loisirs. De manière qualitative les mots les plus représentés pour décrire les loisirs étaient les suivants : sorties avec les amis, aquarelle, bricolage, cinéma, golf, guitare, informatique, jardinage, jazz, musique, pêche, lecture, promenade, peinture, télévision et tricot.

Deux sujets décrivaient des antécédents psychiatriques. Un sujet avait un antécédent de dépression dans le cadre d'un trouble anxieux généralisé et un sujet avait un antécédent de trouble de l'usage de l'alcool sevré depuis trois ans. Sur l'effectif total, trois sujets bénéficiaient d'un traitement psychotrope en cours pendant l'étude. Deux sujets étaient traités par escitalopram (Seroplex®) et un sujet par étifoxine chlorhydrate (Stresam®) en cas de crises d'angoisse. Seul le sujet avec l'antécédent de dépression utilisait de l'escitalopram de longue date pour son anxiété. Les deux autres sujets traités par escitalopram et étifoxine chlorhydrate sont traités au long cours pour un probable antécédent de dépression non documenté (que ce soit par le sujet ou son médecin traitant) ou pour des traits de personnalité appartenant au cluster C. Seuls les deux sujets décrivant des antécédents psychiatriques avérés ont un suivi psychiatrique. Tous les sujets étaient stables sur le plan thymique et sur le plan anxieux au moment de l'étude.

La consommation quotidienne de tabac était voisine d'un paquet de cigarettes par jour pour huit sujets (cf. tableau 10). Elle était comprise entre 10 et 30 cigarettes pour l'ensemble des sujets. Nous constatons que la moyenne des paquets-années (PA) s'approchait des 30 PA. Le nombre de PA était compris entre 13 et 46 sur l'effectif total. L'âge de début était compris entre 13 ans et 25 ans. Aucun sujet n'utilisait une méthode d'aide au sevrage tabagique au moment de la visite d'inclusion. Aucun sujet n'avait un trouble de l'usage ni de dépendance à l'alcool ou au cannabis. Dix sujets sur treize avaient une consommation non pathologique d'alcool. Par ailleurs, aucun sujet ne souffrait d'un trouble addictologique lié à l'usage d'une substance autre ou à un comportement. Tous les sujets fumaient des cigarettes manufacturées sauf un sujet qui fumait des cigarettes roulées.

Tableau 10 : Pratiques addictives des sujets à Vi

Pratiques addictives à la visite d'inclusion (Vi)	
Effectif total (n = 13)	
Trouble de l'usage du tabac (moyenne ± écart type)	
Nombre de cigarettes par jour	17,8 ± 4,9
Age de début des consommations	17,1 ± 2,9
Consommation moyenne	18,9 ± 4,5
Nombre de paquets-années	27,7 ± 11,0
Score FTND	5,8 ± 0,9
Autres troubles addictologiques liés à l'usage d'une substance (moyenne ± écart type)	
Score AUDIT (moyenne ± écart type)	3,8 ± 2,8
Score CAST (moyenne ± écart type)	0,0 ± 0,0

I.9.2. Analyse descriptive de la première consultation de sevrage en tabac

Le temps moyen entre la visite d'inclusion et la première consultation de sevrage tabagique était de $10,25 \pm 7,3$ jours. L'effectif total pour la première consultation de sevrage était de huit sujets comprenant six femmes et deux hommes lors de la rédaction des résultats. Deux sujets faisaient partie du groupe TSN et six du groupe hypnose.

Il n'y a pas eu de modification des pratiques addictives, de nouveau trouble de l'usage d'une substance, de passage d'une consommation non pathologique d'alcool à un usage problématique ni de nouveau trouble addictologique non lié à une substance. Seul un sujet qui pratiquait une activité physique peu intense (exercices physiques à domicile sur 15 min) avait légèrement augmenté les fréquences hebdomadaires de ses exercices. Pour les sept autres sujets, il n'y a pas eu de modification.

Le nombre de cigarettes consommées par jour était de $17,1 \pm 7,4$ à J0 contre $17,8 \pm 4,9$ à Vi. Un sujet a décrit une augmentation de deux cigarettes par jour (sur une vingtaine), un autre sujet une diminution de quatre cigarettes par jour (sur une dizaine) et un dernier sujet une diminution de deux cigarettes par jour (sur une quinzaine). Tous les sujets avaient pour projet un arrêt total de la consommation de tabac et aucun une diminution lors du début du bilan tabagique fait à J0.

Sur les huit sujets participants à l'étude : quatre participaient dans le cadre d'une démarche personnelle, deux sur les conseils de leur médecin traitant, un après une hospitalisation récente et un sous la pression de son entourage. Nous avons abordé la question « Qui fume autour de vous ? » lors du bilan tabagique dans laquelle le sujet pouvait répondre à plusieurs items. Il s'avère que parmi les huit sujets : cinq ont décrit avoir des amis qui fument autour d'eux, trois ont des collègues fumeurs, trois avaient un parent du premier degré ne vivant pas avec eux fumeur et trois sujets avaient la personne avec qui ils vivent (conjoint(e), époux(se)...) qui fume aussi. Deux sujets ont également décrit avoir un(e) proche vivant sous leur toit qui fume. Enfin, il y a un sujet qui n'avait aucune personne qui fume dans son entourage.

Nous avons recensé les motifs du début des consommations en tabac. De manière qualitative les mots les plus représentés pour décrire les motifs du début des consommations étaient les suivants : collègue, mimétisme, lycée, malin, majorité, se lâcher, autonomie, effet de groupe, essai et limiter l'appétit. Le mot « mimétisme » est revenu à quatre reprises sur huit sujets. C'était le principal mot représenté avant « effet de groupe », qui est revenu trois fois.

Tous les sujets ont expérimenté au cours de leur vie un sevrage à une semaine. Parmi eux cinq avaient fait une seule fois l'expérience d'un sevrage supérieur à une semaine, deux avaient fait cette expérience entre trois et cinq fois et un sujet plus de 10 fois. La durée moyenne d'abstinence maximale était de $6,9 \pm 4,6$ mois.

Méthodes d'aide au sevrage tabagique

Un sujet n'avait jamais utilisé d'aide au sevrage tabagique. Cinq sujets avaient déjà utilisé des patchs nicotiques (dont trois dans le cadre d'un suivi tabacologie spécifique à cette prescription, associé à des conseils spécifiques pour le sevrage). Trois sujets sur les cinq ayant utilisés des patchs avaient déjà utilisés des gommes nicotiques et un sujet les inhaleurs. Parmi tous les sujets, trois sujets avaient utilisé la varénicline et deux la cigarette électronique.

Causes de rechutes

Sept sujets déclaraient avoir rechuté lors d'un moment de convivialité, trois à cause du syndrome de sevrage en tabac. Deux ont déclaré avoir reconsommé à cause de l'anxiété et deux sujets à cause de la prise de poids.

La plupart des sujets attachaient une notion de convivialité et de plaisir aux raisons de fumer mais ils mettaient en avant l'automatisme du geste (cf. tableau 11).

Tableau 11 : Les raisons de fumer des sujets à J0

Raisons de fumer	
Effectif total (N = 8)	(moyenne / 10 ± écart type)
Parce-que c'est automatique	7,8 ± 2,1
Pour la convivialité	6,9 ± 3,0
Pour le plaisir	6,0 ± 2,1
Pour combattre le stress	5,3 ± 3,2
Pour mieux se concentrer	3,7 ± 3,9
Pour soutenir le moral	4,1 ± 3,8
Pour ne pas grossir	1,3 ± 3,5

Il a également été retrouvé comme raison de fumer chez un sujet, la contention de la colère évaluée à 6 sur 10 dans la catégorie « autre ».

Les raisons de l'arrêt du tabac

Sur les huit sujets, sept citaient la santé, cinq l'entourage, quatre la dépendance et trois le coût.

Les choses positives du tabac

Les huit sujets ont pu définir comment ils trouvaient « plaisant » de fumer et les « choses positives » de leur dépendance au tabac. Ils ont principalement évoqués les mots suivants : goût, détente, anxiolytique, accélérateur du transit, convivialité, concentration, coupe faim, rythme le temps, plaisir, partage, contenance, trompe l'ennui, apaise les colères et festif. Le terme « convivialité » est revenu à cinq reprises sur huit sujets. C'était le terme le plus retrouvé avant la notion de « rythme le temps ou les journées », la notion « anxiolytique » et la notion de « plaisir ».

Les craintes de l'arrêt du tabac

Nous avons également réalisé une cartographie qualitative des craintes de l'arrêt du tabac. Il en ressortait principalement les mots et items suivants : stress, difficulté de concentration, peur de ne pas réussir, trop tard, peur de décevoir si reprise, manque, anxiété, palpitation, tachycardie, saut d'humeur, tomber malade, perte convivialité, dire à ses amis, perdre sa gestuelle, inoccupé, prise de poids et déplacer l'addiction (nourriture). Les items « stress » et « prise de poids » ressortaient plus de trois fois juste avant toutes les notions relatives aux craintes de l'échec du sevrage.

A la fin du bilan tabagique et de la première consultation, sept sujets envisageaient toujours un arrêt sans appel et un sujet a finalement souhaité une diminution.

I.9.3. Analyse descriptive de la deuxième consultation de sevrage en tabac

L'effectif total à J7 était de six sujets. Sur les six sujets, quatre étaient des femmes et deux des hommes. Deux sujets faisaient partie du groupe TSN et quatre du groupe hypnose.

Tous les sujets avaient fait les auto-questionnaires de J2.

Aucun sujet n'avait modifié ses prises de psychotropes ou utilisé une autre méthode de sevrage tabagique entre J0 et J7.

Cinq fumeurs avaient diminué le tabac avec une moyenne de $9,6 \pm 6,1$ cigarettes par jour (cig/j) en moins entre J0 et J7. Le sixième sujet avait arrêté de fumer.

En détail sur les six sujets

- **Les deux sujets du groupe TSN** : un sujet avait arrêté de fumer dès J0 (en passant de 20 cigarettes par jour à 0 cigarette par jour) et un sujet avait maintenu sa consommation mais il était passé de 15 cig/j à 8 cig/j.
- **Sur les quatre autres sujets qui appartiennent au groupe hypnose** : trois avaient maintenu leur consommation tout en la diminuant ; un sujet était passé de 10 à 5 cig/j, un sujet était passé de 15 à 7 cig/j et un sujet était passé 30 à 10 cig/j entre J0 et J7. Le dernier un sujet du groupe hypnose était passé de 10 à 0 cig/j, il a donc arrêté mais il décrit des faux pas les deux derniers jours avec une consommation de 4 cig/j à J5 et J6.

Il n'y pas eu de déplacement de l'addiction ou de nouvelle addiction et aucun changement de consommation de l'alcool. Deux sujets du groupe hypnose et un sujet du groupe TSN avaient décrit une augmentation de l'appétit.

Les cinq sujets ont décrit une reprise des consommations ou un non arrêt principalement en lien avec l'anxiété et le syndrome de sevrage en tabac. Les principaux mots qui ressortaient pour définir les faux pas étaient : connaître ses limites, anxiété, crise d'angoisse, peur, tachycardie, soucis professionnels, manque, situation de stress, oppression et troubles du sommeil. Les effets positifs de l'expérience de la reprise étaient les suivants : joie, moins irritable, revoir les ambitions à la baisse, réévaluer les objectifs, plus calme, moins déconcentré et moins d'anxiété.

A noter que pour les deux sujets du groupe TSN, un sujet a parfaitement été observant et l'autre n'a pas utilisé sa prescription de comprimés à sucer. Sur les quatre sujets dans le groupe hypnose, seulement deux ont fait l'autohypnose : un sujet une fois par jour sur sept jours et un sujet deux fois dans la semaine. Il n'y a eu aucun effet indésirable décrit pour les deux groupes.

I.9.4. Analyse descriptive de la troisième consultation de sevrage tabagique

Pour l'instant, trois sujets ont fini le protocole de l'étude. Deux dans le groupe hypnose et un dans le groupe TSN. C'étaient uniquement des femmes.

Tous les sujets ont fait les auto-questionnaires de J15. Le score CWS-21 pour le sujet dans le groupe TSN était à 21. Il était à 34 et 38 dans le groupe hypnose. Le score FTCQ-12 dans le groupe TSN était à 31. Il était à 30 et 34 dans le groupe hypnose.

Comme à la deuxième consultation de sevrage tabagique, aucun sujet n'avait modifié ses prises de psychotropes ni utilisé une autre méthode de sevrage tabagique entre J7 et J30. Il n'y pas eu de déplacement de l'addiction ou de changement de consommation de l'alcool et

aucune nouvelle addiction. Les deux sujets du groupe hypnose ont augmenté leur consommation de tabac entre J7 et J30. De 7 cigarettes et de 3 cigarettes. La consommation de tabac à J30 était identique à celle de J0 pour un sujet et était moitié moins pour l'autre. Le sujet du groupe TSN a diminué d'une cigarette entre J7 et J30 et fume moitié moins que lors de la consultation de sevrage J0. Les sujets consommaient toujours des cigarettes manufacturées. Aucun sujet n'a modifié ses activités physiques ou ses comportements alimentaires.

Les scores de la CWS-21 à J30 étaient plus élevés pour les deux sujets du groupe hypnose (cf. tableau 12). Les scores du FTCQ-12 étaient augmentés pour les deux sujets du groupe hypnose et diminué pour le sujet du groupe TSN.

Tableau 12 : Scores des échelles d'évaluation à J30

Scores des échelles d'évaluation à J30			
Résultats bruts par sujets	Groupe TSN (n = 1)	Groupe hypnose (n = 2)	
	TSN 01	Hypnose 01	Hypnose 02
Score CWS-21	21	25	37
Score FTCQ-12	20	60	54
Score HAM-A	3	0	14
Score MADRS	0	0	4
Score EVA (motivation)	10	8	7
Score EVA (confiance)	5	1	10
Score FTND	2	2	6

Les scores de la HAM-A et MADRS sont restés stables au cours de l'étude par rapport aux valeurs de références à J0 pour chaque sujet. Il y a eu une légère hausse des scores à J7 qui n'a jamais dépassée 10 points. Les scores du FTND étaient plus bas qu'à l'inclusion (sauf pour le sujet Hypnose 02 qui était stable). Le sujet TSN 01 et Hypnose 01 sont passés d'une dépendance moyenne à une dépendance faible ou absence de dépendance.

Le sujet du groupe TSN a été observant et a souhaité la poursuite des traitements par TSN. Il se sent motivé pour la poursuite d'une décroissance très lente, mais possible, du tabac en vue d'un sevrage total lorsqu'il se sentira prêt. C'était un des sujets qui avait beaucoup de « fausses croyances » sur l'addiction et le sevrage du tabac. Il s'avéra également que l'expérience de la reprise des consommations n'avait plus de connotation plaisante selon lui. Ce qui le motive à poursuivre cette démarche de sevrage. La confiance au succès du sevrage était diminuée mais la motivation pour poursuivre le sevrage reste maximale.

Les deux sujets du groupe hypnose ont pratiqué l'autohypnose. Le premier à raison de trois fois par semaine et le deuxième quatre fois par semaine : le premier sujet du fait de la présence d'un craving et le deuxième pour contrer l'anxiété.

Il est intéressant de préciser qu'un des sujets du groupe hypnose était celui présentant l'antécédent de dépression dans le cadre d'un trouble anxieux généralisé. Il précisa à la fin de l'étude que l'hypnose a produit un changement dans sa vie, grâce à l'apprentissage de l'autohypnose. C'était également le sujet présentant une confiance à 10/10 en dépit du fait qu'il fume encore la moitié de la consommation initiale. A noter que ses scores de l'HAM-A et MADRS sont restés stables hormis un « pic » de l'HAM-A à J7 à 19. Ce sujet se disait satisfait

à 10/10 de la découverte de l'hypnose. L'expérience de la reprise de tabac a été très positive à J7 mais plus du tout à J30. Le sujet avait une immense peur de l'échec et du jugement des autres, ce sevrage lui a permis de s'affirmer et de s'identifier dans une nouvelle démarche de sevrage plus tempérée mais objectivable.

Le deuxième sujet quant à lui se disait satisfait à 9/10 par la découverte de l'hypnose malgré le fait qu'il consommait encore autant avec une confiance au succès du sevrage effondré à J30. Il expliqua cet engouement par le fait d'être moins anxieux dans sa vie de manière générale par rapport à avant et qu'il avait fait une seule tentative de sevrage en tabac à l'aide des TSN en 2011 qui s'est révélée peu contributive. C'était également le seul sujet qui était venu sous la pression de l'entourage et celui qui avait décrit ses faux pas à J7 par « connaître ses limites ». Il trouvait toujours l'expérience de la reprise de tabac comme un « plaisir » mais de moindre intensité.

Les deux sujets du groupe hypnose ont décrit une meilleure motivation à l'EVA à J30 que lors des précédentes consultations. Le sujet du groupe TSN restait très motivé à J30 mais dans une moindre mesure que lors des précédentes consultations.

Les scores de la CWS-21 étaient quasiment identiques à leurs scores de Vi et de J0 (cf. figure 23). Les scores sont restés peu intenses tout au long du sevrage pour les trois sujets ayant terminé le protocole de l'étude.

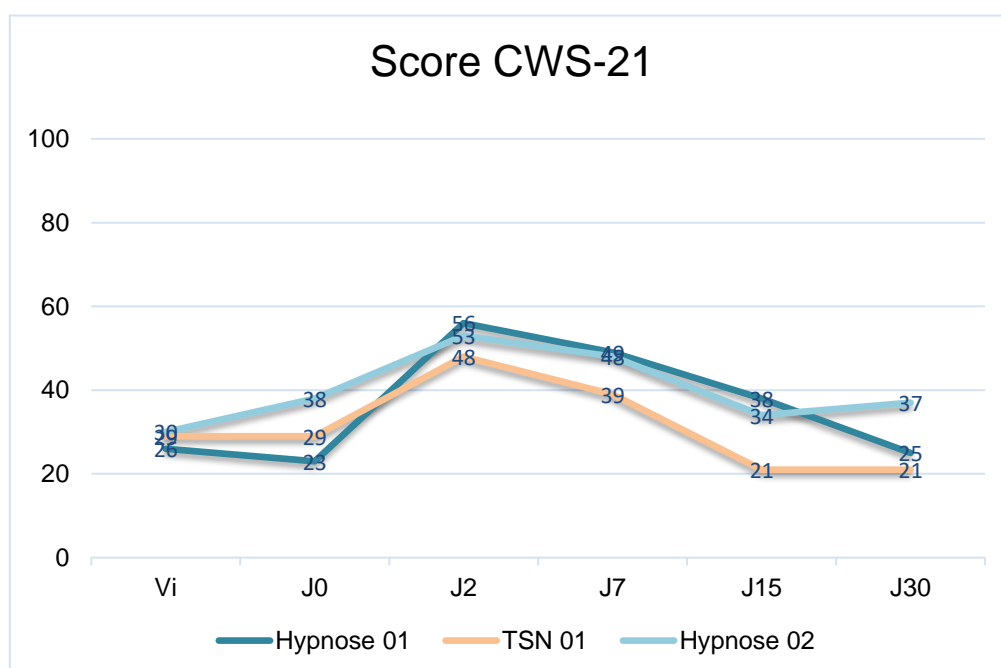


Figure 23 : Évolution des scores de la CWS-21 de Vi à J30 des sujets qui ont fini le protocole d'étude

Il n'y a eu aucun effet indésirable décrit pour les deux groupes tout au long de l'étude.

L'utilisation des TSN a été proposée aux deux sujets du groupe hypnose à la fin de la troisième consultation de sevrage en tabac. Pour l'instant ces deux sujets préfèrent poursuivre avec la méthode de sevrage par hypnose seule.

I.9.5. Scores des échelles d'évaluation de l'étude

Tableau 13 : Scores des échelles d'évaluation de Vi à J7

Groupe TSN et groupe hypnose				
Résultats en moyenne ± écart type	Visite d'inclusion (Vi) (n = 13)	Première consultation de sevrage (J0) (n = 8)	Auto-évaluation (J2) (n = 6)	Deuxième consultation de sevrage (J7) (n = 6)
Score FTND	5,8 ± 0,9	5,9 ± 1,0	NA	NA
Score CWS-21	27,2 ± 3,3	31,8 ± 6,3	50,0 ± 14,1	44,33 ± 14,05
Score FTCQ-12	30,5 ± 6,3	28,8 ± 5,3	32,3 ± 8,7	28,0 ± 7,4
Score HAM-A	4,7 ± 3,6	4,6 ± 4,2	NA	10,5 ± 8,5
Score MADRS	2,2 ± 2,8	1,5 ± 1,4	NA	3,6 ± 3,8
Score EVA (motivation)	NA	9,1 ± 1,0	NA	8,8 ± 0,9
Score EVA (confiance)	NA	7,4 ± 1,8	NA	6,7 ± 2,4
Groupe TSN				
Résultats en moyenne ± écart type	Visite d'inclusion (Vi) (n = 7)	Première consultation de sevrage (J0) (n = 2)	Auto-évaluation (J2) (n = 2)	Deuxième consultation de sevrage (J7) (n = 2)
Score FTND	5,6 ± 0,5	6,0 ± 0,0	NA	NA
Score CWS-21	28,0 ± 3,4	33,0 ± 5,7	47,0 ± 1,4	36,0 ± 4,2
Score FTCQ-12	31,6 ± 4,2	31,5 ± 2,1	26,0 ± 8,5	23,0 ± 2,8
Score HAM-A	5,0 ± 3,9	8,5 ± 2,1	NA	6,5 ± 6,4
Score MADRS	2,9 ± 3,0	1,0 ± 1,4	NA	6,0 ± 2,8
Score EVA (motivation)	NA	10,0 ± 0,0	NA	9,0 ± 1,4
Score EVA (confiance)	NA	7,0 ± 1,4	NA	5,0 ± 4,2
Groupe hypnose				
Résultats en moyenne ± écart type	Visite d'inclusion (Vi) (n = 6)	Première consultation de sevrage (J0) (n = 6)	Auto-évaluation (J2) (n = 4)	Deuxième consultation de sevrage (J7) (n = 4)
Score FTND	6,0 ± 1,3	5,8 ± 1,2	NA	NA
Score CWS-21	26,2 ± 3,3	31,3 ± 6,9	51,5 ± 17,9	48,5 ± 15,9
Score FTCQ-12	29,3 ± 8,5	27,8 ± 5,9	35,5 ± 7,9	30,5 ± 7,9
Score HAM-A	4,3 ± 3,9	3,3 ± 4,0	NA	12,5 ± 9,5
Score MADRS	1,3 ± 2,4	1,7 ± 1,5	NA	5,0 ± 4,2
Score EVA (motivation)	NA	9,0 ± 0,9	NA	9,0 ± 0,9
Score EVA (confiance)	NA	8,0 ± 1,9	NA	8,0 ± 1,0

Tous les scores étaient stables entre Vi et J0 (cf. tableau 13). Les scores de la HAM-A et de la MADRS étaient très faibles sur l'ensemble de l'effectif. Seule la HAM-A était plus élevée à J7 mais l'anxiété restait faible. Globalement les scores aux échelles visuelles analogiques étaient très importants, que ce soit pour la motivation ou pour la confiance au sevrage. La confiance s'essouffla plus rapidement à J7 dans le groupe TSN mais l'effectif était seulement à deux sujets. Le score de la CWS-21 avait une cinétique ascendante plus rapide que le score du FTCQ-12. Ces deux échelles avaient des scores plus intenses à J2 et des scores encore augmentés à J7 par rapport à J0.

Nous avons fait une représentation graphique du score de la CWS-21 à titre indicatif afin de mieux visualiser les résultats actuels du critère de jugement principal (cf. figure 24). A J7 nous constatons une moyenne à $36,0 \pm 4,2$ pour le groupe TSN ($n = 2$) et à $48,5 \pm 15,9$ pour le groupe hypnose ($n = 4$). Pour les scores des autres échelles qui font partie des critères d'évaluation secondaire nous n'avons pas fait de représentation graphique étant donné le faible effectif qui était peu représentatif.

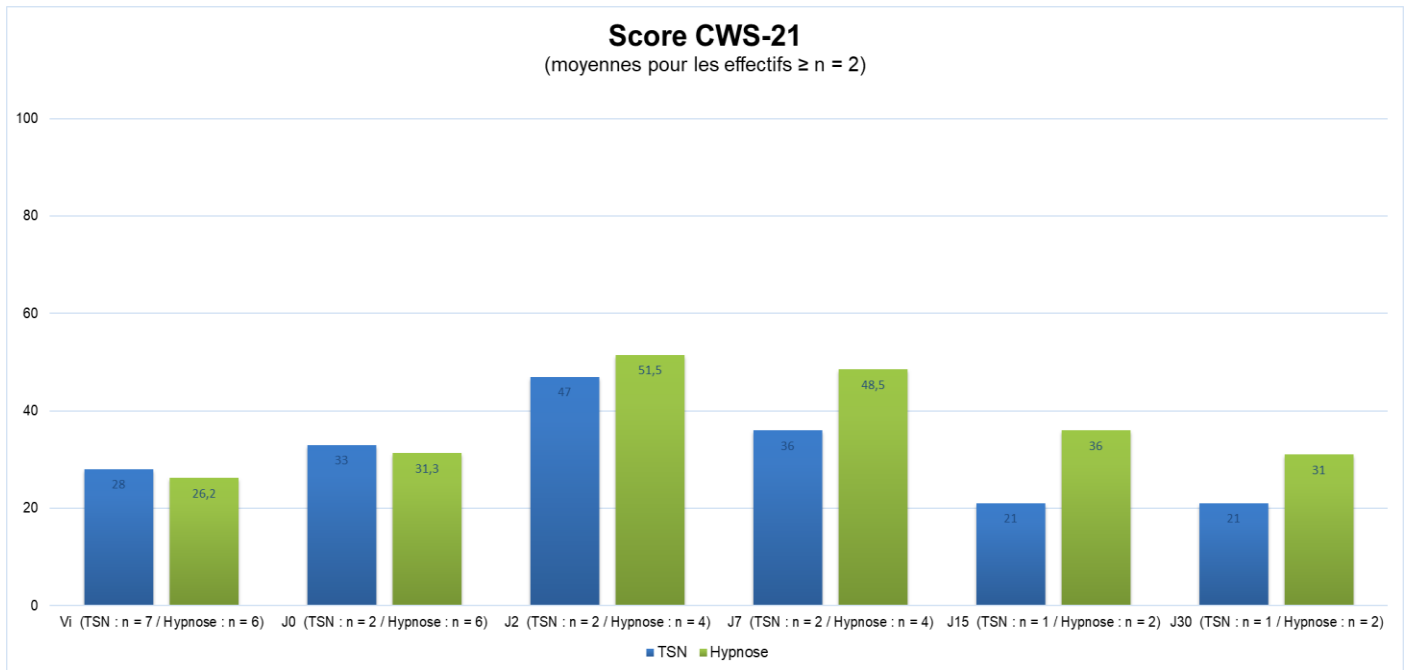


Figure 24 : Évolution des scores de la CWS-21 entre Vi et J30

Les scores de la CWS-21 permettent de visualiser l'augmentation rapide de l'intensité du syndrome de sevrage tabagique à J2 avant une diminution progressive au cours du mois de sevrage.

Partie III : Discussion

I.10. Méthodologie

Le rythme des inclusions

Les inclusions présentées ont eu lieu principalement de mi-juin à mi-août 2018. Nous avons une moyenne de deux sujets inclus par semaine à l'heure actuelle. Le rythme moyen sur deux mois pour treize sujets est de 1,6 inclusions par semaine mais se rajoutent les visites d'inclusions n'ayant pas permis d'inclure les sujets (par exemple, dépistage d'un trouble de l'usage de cannabis). Cette moyenne du rythme des inclusions à deux sujets par semaine s'explique selon nous de plusieurs manières.

La première est que les visites d'inclusions n'ont pu commencer que deux à trois semaines après l'avis favorable du CPP, soit autour de mi-juin. Ce délai s'explique par le temps nécessaire pour recruter les médecins généralistes voulant bien participer à l'étude et le temps de les former malgré le fait que nous ayons préparé les documents en amont de l'avis du CPP (nous n'avons pu commencer les recrutements qu'uniquement après leur accord). De plus un temps d'attente a été nécessaire afin d'obtenir les premières demandes spontanées de sevrage en tabac par les sujets suivis en ambulatoire. La limitation des biais de sélection grâce à notre protocole de pré-sélection implique également un recrutement plus difficile.

La deuxième est que l'avis favorable du CPP a pris du temps, ce qui nous a conduit à débiter les inclusions pendant les vacances d'été. C'est une période pendant laquelle les médecins généralistes et les sujets sont soit en vacances ou soit débordés dans leurs métiers respectifs car leurs collègues sont en vacances. C'est également une période de détente propice aux festivités qui n'incite pas spécialement les sujets à se sevrer bien qu'une minorité préfère au contraire vivre leur sevrage en dehors de la période d'activité professionnelle.

La troisième explication vient du fait qu'un temps d'adaptation est nécessaire aux médecins généralistes pour s'approprier le protocole de pré-sélection. Cette dernière explication est très nette en pratique. Les premières demandes sont arrivées très progressivement, puis s'accélèrent. La tendance est à la hausse depuis trois semaines pour les retours de questionnaires de pré-sélection et donc des demandes de visite d'inclusion. Plus un médecin généraliste nous adresse des patients, et plus il a tendance à nous en adresser d'autres. D'une part car ils maîtrisent mieux le recrutement pour pouvoir l'intégrer dans leur pratique courante et d'autre part nous pensons qu'ils sont plus vigilants quant à cette problématique, grâce à la possibilité d'avoir un accès aux soins à portée de main, et de pouvoir proposer plus facilement un sevrage aux sujets demandeurs.

En somme, la réception des questionnaires de pré-sélection s'accélère et va possiblement continuer à s'accélérer pendant la période de la rentrée. Il se peut que le recrutement s'accélère également avec le « Mois sans tabac » qui est en novembre. Dans tous les cas, au rythme actuel, le nombre de sujets nécessaire sera atteint d'ici deux à deux mois et demi. Nous constatons ainsi la nécessité d'avoir des parcours de soins efficaces et diversifiés, car les demandes de sevrage sont bien présentes dans la population.

Les différents biais possibles

Certains points de méthodologie de notre étude sont à discuter, notamment la présence de plusieurs biais potentiels. Le biais de confusion est le biais le plus compliqué à éviter mais pour cela nous avons mis en place une randomisation (cf. méthode de

randomisation). Nous ne nous intéressons pas directement au risque de rechute mais au vécu du sevrage. L'absence de facteur de confusion significatif dans ce domaine en dehors de ceux contenus par les critères d'inclusion/non-inclusion ne nous impose pas un appariement ni une stratification. Cependant l'absence d'appariement et de stratification nous demandera d'être attentifs aux différentes variables entre les groupes lors de l'analyse statistique, tout comme le fait que la randomisation soit faite sur un faible nombre de sujets. En effet, bien qu'il n'y ait pas de raison pour que nous retrouvions une différence d'exposition à un facteur de confusion lors d'une randomisation ce risque est plus important avec un faible effectif. Nous tiendrons compte des différentes variables entre les groupes dans les modèles d'ajustement et d'analyse multivariée (cf. stratégie d'analyse statistique) afin de limiter les risques de biais de confusion.

Nous avons particulièrement fait attention aux biais de sélection au regard des méthodologies rapportées dans la littérature sur l'hypnose et le tabac (cf. visite de pré-sélection et visite d'inclusion). Il se peut tout de même que nous impactions péjorativement l'efficacité de l'hypnose. Nous avons tenu à éviter des biais de sélection de patients « trop » motivés pour l'hypnose lors de la pré-sélection et de l'inclusion. Le risque est d'obtenir l'inverse par rapport aux précédentes études sur l'hypnose dans le sevrage du tabac en ayant une proportion plus importante de patients peu motivés par l'hypnose. Les patients qui ont une volonté spécifique d'utiliser l'hypnose sont orientés en dehors de l'étude. Nous risquons de minorer l'efficacité de l'hypnose par cette différence en limitant l'accès aux patients souhaitant uniquement de l'hypnose, potentiellement plus répondeurs aux suggestions et à ce type de thérapie, et aux patients suivis en pneumologie chez qui les méthodes de sevrage « classiques » ne fonctionnent pas et chez lesquels l'hypnose pourrait révéler son potentiel.

Concernant les possibles biais de classement, le recueil des informations ne pose pas de souci de mémorisation (étude prospective) et les déclarations partiellement faussées par les patients (troubles induits par une substance autre, honte de la rechute ...) sont limitées par la formation des thérapeutes qui savent aborder ce type de problématique et l'anonymat du CRF. Le biais de classement principal de l'essai clinique est celui de jugement en raison du caractère ouvert de l'étude. Les biais de mesure sont limités grâce à l'utilisation de questionnaires standardisés et de critères cliniques similaires pour tous les thérapeutes. Ces biais semblent raisonnables pour l'évaluation du critère principal mais appellent à la prudence pour tout ce qui concerne l'interprétations des résultats à venir.

Le recrutement par les médecins généralistes

Le fait que ce soit des médecins généralistes volontaires peut éventuellement créer un biais. Leur motivation et leur sensibilité au sujet du sevrage en tabac pourrait influencer les patients au stade de pré-contemplation ou de contemplation. Ainsi nous pouvons avoir des sujets moins motivés en dépit du fait qu'ils parlent d'un sevrage à leurs médecins généralistes. L'uniformisation du protocole de pré-sélection et la randomisation permettent de limiter ce possible biais mais ne l'excluent pas.

Le nombre de sujets nécessaires

Une des limites de notre étude est son faible nombre de sujets. Le nombre de sujets nécessaires est calculé pour obtenir une puissance qui permet d'objectiver une différence entre les deux groupes. Mais il se peut que la différence attendue soit trop grande. La mise en évidence d'une différence de huit points sur le score total de l'échelle CWS-21 entre deux groupes, avec un écart-type de huit va peut-être conditionner négativement nos résultats. En fonction des résultats en fin d'étude il faudra que nous nous posions la question de la

possibilité d'une différence en faveur de l'hypnose inférieure à huit points ou de la nécessité de prévoir d'autres types d'essais (non-infériorité, équivalence ...). Et même revoir l'intérêt de poursuivre la comparaison avec le « gold standard » actuel dans la prise en charge du sevrage tabagique. L'idée de cette étude est d'avoir un premier regard sur l'efficacité de l'hypnose avec une méthodologie acceptable et comparable.

La création des scripts d'hypnose

La création d'un protocole d'hypnose est compliquée. Aucun protocole d'hypnose dans le sevrage tabagique n'a prouvé son efficacité ni sa reproductibilité afin de standardiser les évaluations. Plus nous le standardisons et plus nous nous éloignons du propre de l'hypnose. Et plus nous le laissons libre et moins il est reproductible. Nous avons tenté de faire un « entre-deux » (cf. création du protocole d'hypnose) pour l'interprétation de nos résultats, mais celui-ci reste discutable. Le risque majeur de créer un protocole d'hypnose est de limiter l'efficacité de l'hypnose.

Finalement, nous avons principalement créé les raisons d'une moindre efficacité de l'hypnose par rapport aux demandes spontanées en ambulatoire à cause de :

- la sélection des patients pour l'étude,
- la création d'un protocole d'hypnose pour l'étude qui risque de minorer l'efficacité de l'étude en ne taillant pas sur mesure un sevrage adapté à chaque patient.

Nous sommes là dans la part d'inconnue évoquée dans les généralités sur l'évaluation des psychothérapies. D'autres études pourraient dans l'avenir comparer différentes méthodes d'hypnose dans le sevrage tabagique. Avec une méthode de référence nous respecterions les exigences de l'épistémologie clinique en psychiatrie mentionnées plus haut et nous serions potentiellement plus centrés sur le patient. Pour autant la pratique de l'hypnose est dépendante des thérapeutes et des patients. C'est un fait dont nous ne pouvons pas nous affranchir. Il serait peut-être complexe et peu pertinent d'évaluer différents types de protocoles à moins de l'envisager à très grande échelle. A ce moment-là le bénéfice escompté par rapport au coût humain et financier semblerait défavorable. Cet investissement serait plus pertinent dans d'autres domaines de la lutte antitabac. Nous nous retrouvons donc dans une impasse. Soit nous acceptons un « entre-deux » comme nous l'avons choisi dans cette étude, en considérant les biais possibles d'une absence de validation de protocole comme une caractéristique propre à l'outil mesuré. Soit nous envisageons les choses différemment. Une autre approche serait de recruter différents hypnothérapeutes qui pratiquent le sevrage du tabac et de les faire participer à une étude sans protocole d'hypnose standardisé. Ils utiliseraient leur savoir et leur expérience comme ils le font habituellement en pratique. Nous serions là dans une comparaison plus proche de la pratique clinique habituelle mais plus loin des mesures scientifiques car nous aurions un parti-pris de favoriser des biais de mesure. Mais peut-il avoir plus de biais qu'avec un protocole « entre-deux » ? La question reste ouverte.

Cette étude et ce protocole d'hypnose se veulent comme représentatifs, le plus possible, de la pratique hypnotique en clinique courante. D'autant plus que le protocole d'hypnose créé ici a été construit en utilisant des trames issues des références disponibles pour tout hypnothérapeute se formant au sevrage en tabac.

Les perdus de vue

A l'heure actuelle nous n'avons aucun perdu de vue sur les treize sujets inclus. La faible durée de suivi l'explique possiblement. Nous avons considéré la possibilité d'avoir 20% de perdus de vue étant donné l'impact majeur d'un faible nombre de perdus de vue au cours d'une étude avec un petit effectif. Dans tous les cas, l'analyse sera réalisée en intention de traiter.

I.11. Données cliniques

I.11.1. Caractéristiques générales des patients

Sur les treize sujets, sept sont des femmes et six des hommes. Malgré la randomisation, le faible NSN va nous conduire à être attentif à l'homogénéité des deux groupes en l'absence d'appariement. A ce jour, il n'y a qu'un homme dans le groupe hypnose et comme le sexe féminin est un facteur prédictif de rechute, ce sera un paramètre à prendre en compte.

D'après la littérature, le succès ou l'échec du sevrage est surtout imputable au score de dépendance au test de Fagerström. Une forte dépendance est donc l'élément principal qui pourrait entraver la réussite du sevrage. Pour l'instant les scores du FTND sont compris entre 5 et 8 (moyenne FTND à Vi : $5,8 \pm 0,9$). Ces scores sont homogènes. Les facteurs de confusion possibles dans le vécu du syndrome de sevrage tabagique sont les éléments dépressifs et l'anxiété. Les deux groupes sont actuellement homogènes en ce qui concerne le score d'anxiété (moyenne HAM-A : $4,7 \pm 3,6$) et le score de dépression (moyenne MADRS : $2,2 \pm 2,8$). Les deux facteurs de confusion principaux sont donc contenus à l'heure actuelle. Les deux groupes sont également homogènes concernant l'absence d'un autre trouble de l'usage d'une substance ou de la consommation non pathologique d'alcool.

Le ratio femme / homme va être intéressant à surveiller mais également la proportion de sujets ayant un niveau d'études supérieures. En effet selon le Baromètre santé, après ajustement des variables il n'y avait quasiment aucune différence significative entre le nombre de tentatives d'arrêt du tabac et le niveau de diplôme ou le statut d'activité. Les différences entre les classes sociales s'observent pour le taux réussite de l'arrêt du tabac (supérieur dans les milieux favorisés) et non pas pour les tentatives de sevrage. Pour l'instant il est trop tôt pour tirer des conclusions sur la similarité des données épidémiologiques en accord avec la mouvance récente des changements de comportements vis-à-vis du tabagisme objectivables depuis plus d'un an sur le Baromètre santé. De même, il est trop tôt pour conclure sur un possible biais de sélection en lien avec le modèle de recrutement ou le faible NSN. En effet, la majorité des sujets ont fait des études supérieures et sont actifs. Nous avons fait en sorte de recruter les médecins généralistes à Limoges pour que les patients les plus défavorisés puissent plus facilement aller aux consultations (à pieds, en trolleybus...) et les consultations sont gratuites tout comme la délivrance des TSN. Le fait de recruter des patients lors d'une demande spontanée chez leur médecin généraliste permet d'éviter de sélectionner uniquement des patients intéressés par la gratuité des soins ce qui entrainerait un biais de sélection et de motivation. En revanche, le fait que les patients n'aient pas la connaissance de cette gratuité en amont peut potentiellement limiter les demandes de sevrages aux cabinets de médecine générale ou ne pas inciter les patients défavorisés à aller voir leur médecin traitant. Il se peut donc que les demandes de sevrage chez le médecin généraliste sélectionnent une tranche de population.

Nous pouvons observer que la moyenne des paquets-années (PA) dépasse le seuil de 20 PA qui augmente de manière très significative le risque de survenue de BPCO lors de la persistance du tabagisme (184). Les sujets ont donc un score de dépendance modéré mais ils sont en demande d'aide pour un sevrage en tabac avec un risque non négligeable d'évolution vers des complications respiratoires, les soins se justifient donc pleinement malgré l'absence d'une dépendance sévère à la nicotine.

La majorité des fumeurs fument par automatisme bien qu'ils y attachent aussi une notion de convivialité et de plaisir. Le déconditionnement semble donc être un levier important pour la réussite du sevrage.

À propos des activités physiques, étant donné le niveau socio-économique et le niveau d'étude de l'effectif il est difficile de décrire une tendance pour ces pratiques. Pour autant elles semblent peu intenses et peu fréquentes. Notamment en raison du fait que les sujets soient en activité et qu'ils aient la possibilité d'accéder à des sports (revenus et entourage satisfaisants qui ne sont pas des facteurs limitant). Nous pourrions simplement dire que peu de sujets ont une activité physique, notamment les activités sportives régulières ou intenses, et que ce n'est pas lié à une situation de précarité.

Concernant les antécédents, ceux retrouvés pour les treize sujets inclus sont cohérents avec la prévalence des différentes pathologies (asthme, dépression, diabète, etc.).

I.11.2. Évolution des patients

Nous constatons qu'il n'y pas eu de changements entre la visite de pré-sélection, la visite d'inclusion et la première consultation de sevrage. Que ce soit dans la façon de consommer le tabac, les pratiques addictives ou les activités sportives. Ce qui est rassurant pour le reste de l'étude si cette tendance se maintient. Nous craignons d'avoir des modifications des comportements ou des sevrages en amont de J0, mais pour l'instant ce n'est pas le cas.

Nous voyons avec ces premières observations que l'aspect comportemental est au premier plan lorsque nous reprenons les motifs de début de consommation. La majorité des sujets ont débuté leur consommation par « mimétisme » ou « effet de groupe ». L'aspect générationnel devra être pris en compte à la fin de l'étude lors de l'analyse des résultats. En effet, la moyenne d'âge des sujets est relativement élevée pour l'instant ($51,4 \pm 13$ ans) et le plus jeune sujet à 34 ans. Une grande proportion de sujets a fait le service militaire et a débuté les consommations lors d'une période où le tabac n'était pas considéré comme nocif. Nous avons vu que la position de l'État au sujet de la consommation de tabac s'est inversée ces dernières années en France. Dans les données épidémiologiques la prévalence du tabagisme était à la baisse chez hommes et femmes avant 45 ans et à la hausse passés 45 ans entre 2000 et 2017 (avant une diminution très récente l'année dernière). Actuellement la représentation en société du tabac change, c'est peut-être une explication pour cette moyenne d'âge pour notre étude. Est-ce par simple vieillissement de la population ? Serait-ce parce que les jeunes, plus sensibles aux campagnes de santé publique, sont plus indépendants dans leur sevrage ? Ou bien parce que ces mêmes campagnes de lutte antitabac ont réussi à cibler les 45-54 ans, étant donnée la récente diminution de la prévalence après une hausse constante depuis 2000 dans cette tranche d'âge ? Dans tous les cas il sera intéressant de mettre en perspective la ou les tranches d'âges des sujets dans l'étude avec les modalités de recrutement chez le médecin généraliste.

Pour l'instant la majorité des demandes de sevrage se font dans le cadre d'une démarche personnelle et aucune ne fait directement suite aux campagnes médiatiques. Peut-être que cette tendance va changer avec le mois de novembre pendant le « Mois sans tabac ».

La durée moyenne d'abstinence maximale est voisine de sept mois ($6,9 \pm 4,6$) avec un important écart type. Elle est supérieure aux chiffres du Baromètre santé qui est plus proche des trois mois. Cette différence peut s'expliquer en partie par l'amélioration de la sensibilisation et prise en charge des femmes pendant la grossesse de nos jours étant donné la présence de six femmes sur les huit sujets évalués à J0.

Raisons d'arrêter de fumer

Nous observons que la notion de dépendance s'est ajoutée à la triade habituelle (santé, coût, entourage) décrite inlassablement dans les Baromètres santé de l'INPES (186). Ce serait peut-être un indice d'une meilleure sensibilisation concernant la représentation du tabac et son potentiel addictologique. L'idée s'installe peu à peu que « finalement ce n'est pas une drogue si douce que ça », et que le tabagisme doit être identifié comme une problématique à traiter efficacement avec une prise en charge adaptée. Il se peut également que ce soit lié au niveau d'étude élevé des treize patients inclus.

Les craintes de l'arrêt du tabac

Lors des visites d'inclusions, plusieurs sujets ont mis en avant que leurs proches ne considéraient pas leur consommation comme une addiction. L'enclavement dans un rôle de fumeur ne faisant pas d'effort était palpable, tout comme la souffrance qui s'y attachait. C'est un aspect important à prendre en compte dans le sevrage tabagique au-delà de la dépendance physique au tabac. Les sujets appréhendaient plus le sevrage à travers le regard des autres que celui de leur corps. Cette crainte s'est retrouvée dans « craintes de l'arrêt du tabac ». Nous avons pu observer dans les craintes de l'arrêt du tabac que la dimension liée au changement d'identité était majeure. Elle se retrouve à travers l'appréhension de prise de poids (de modifier son corps) mais également à travers les facettes de la personnalité (perdre sa gestuelle ou perdre sa convivialité) ainsi que la peur anticipée de l'échec. Ces craintes conditionnent négativement le sevrage à venir. Ce qui en corollaire vient appuyer la crainte de développer une anxiété. Nous notons également plusieurs fausses croyances comme le fait qu'il soit « trop tard » et le fait que nous puissions « tomber malade » à cause d'un sevrage. Ainsi nous pouvons voir que la peur de stresser est l'un de principaux obstacles à la possibilité d'une réussite malgré l'importante motivation et l'importante confiance décrite aux EVA. Nous pouvons donc observer de manière concomitante une présentation extérieure très motivée avec une réelle confiance au sevrage et une crainte massive du sevrage à venir. Cela nous encourage donc à poursuivre l'évaluation systématique de l'aspect psychologique. Nous pouvons également voir que le CRF permet aux sujets d'avoir un espace de parole adapté au contexte. Le sujet est dans la préparation et l'action sur les stades de changements selon Prochaska et DiClement lors de la première consultation de sevrage. L'aspect psychologique prend le dessus sur les appréhensions du sevrage physique. C'est l'aspect le plus redouté par les sujets. Ces éléments, qui sont à interpréter avec précaution étant donné l'aspect qualitatif et le très faible effectif étudié, rejoignent les recherches sur l'importance d'un vécu du sevrage confortable sur le plan anxio-dépressif (252,337,376).

Nous avons mentionné que l'aspect comportemental et identitaire dans le sevrage était important. Ceci souligne l'utilité d'une prise en charge qui prenne en compte les dimensions

de la personnalité. La consommation d'un produit renforce le sentiment d'appartenance à un groupe et la place que nous y avons. Cette dimension est essentielle. C'était notamment le cas de la patiente n° 08 dont la crainte principale était de perdre son identité sociale et de s'exclure elle-même à travers son sevrage de son groupe d'amis. Il est donc bénéfique de tenir compte des dimensions de plaisir pour écouter, comprendre, accompagner et ajuster les soins vers un avenir sans tabac qui correspond aux personnalités des sujets.

Il est intéressant de voir que les sujets ont réussi à identifier avec précision l'aspect positif des cigarettes. La convivialité et la gestion du stress sont apparues dans les lectures qualitatives. Là encore ce sont des notions intéressantes pour l'approche psychologique du sevrage en tabac.

A la fin de la première consultation un sujet a finalement voulu prévoir une diminution plutôt qu'un arrêt brutal sans appel. Il était donc venu avec une idée préétablie ne lui correspondant pas. Le fait d'aborder la RdRD permettrait d'épouser les attentes personnelles de chaque sujet.

Nous constatons moins d'arrêts nets de la consommation de tabac par rapport aux autres études sur le sevrage (deux sujets sur six à J7). Les patients ont tous diminué leur consommation mais très peu ont tenté un arrêt total finalement. Cela vient probablement du fait que nous laissons cette possibilité de choix et que l'étude présentée ici n'est pas une étude sur l'abstinence à la différence des autres études. A l'heure actuelle, il est trop tôt pour conclure au sujet de l'évolution des patients dans notre étude. Nous ne devons pas oublier que la rechute est un événement très fréquent dans le sevrage du tabac. Ce qui va être intéressant c'est de voir comment les sujets vont l'intégrer en fonction des deux groupes.

Pour l'instant tous les sujets se sont montrés volontaires et observants. Nous n'avons pas eu d'auto-questionnaire non-rempli et pas de perdu de vue. C'est une chose bénéfique étant donné que nous approchons de la moitié du NSN. Nous verrons à la fin de l'étude si des participants ont arrêté prématurément la recherche et si c'est le cas, nous verrons dans quel groupe. Cela pourra nous orienter sur la qualité de la prise en charge globale du sevrage et de son vécu.

I.11.3. Scores des échelles d'évaluation

De manière générale, les scores des échelles et les observations qualitatives semblent cohérents avec les données de la littérature. La cinétique des différents scores des échelles dans les deux groupes est en accord avec les connaissances actuelles sur le tabac (234,337,389).

Il est encore trop tôt pour interpréter solidement une donnée avec l'effectif présenté ici ou même dégager clairement une tendance. De plus, les scores sont faussés par le déséquilibre entre le nombre de sujets du groupe hypnose et du groupe TSN pour les évaluations de J2 et J7.

Nous avons présenté les scores des échelles à la visite d'inclusion dans les résultats pour montrer qu'ils sont stables entre Vi et J0. Le fait de ne pas réaliser directement la consultation de sevrage ne modifie pas l'évaluation du critère de jugement principal et des critères de jugement secondaires.

Les scores de la HAM-A et de la MADRS sont très faibles sur l'ensemble de l'effectif en lien avec les critères d'inclusion/non-inclusion et l'absence de recrutement au sein des hôpitaux psychiatriques. Seule la HAM-A est plus élevée à une semaine du sevrage mais

l'anxiété reste quand même très faible. Il est intéressant de voir que l'hypnose a aidé un sujet ayant un trouble anxieux généralisé à contenir son anxiété pendant le syndrome de sevrage tabagique (même s'il était stable à l'inclusion) jusqu'à J30. Les scores aux échelles visuelles analogiques sont très importants pour la motivation et pour la confiance au sevrage pour l'ensemble des sujets. La passation des questionnaires ne semble pas être un biais étant donné que nous avons choisi de privilégier les hétéro-questionnaires pendant l'étude (hormis à J2 et à J15) avec une formation commune des thérapeutes.

Les scores de la CWS-21 sont relativement bas par rapport aux données de la littérature. L'intensité du score ne dépasse pas 60 sur 105 dans nos résultats, ce qui est relativement faible par rapport aux études ayant utilisé la CWS-21. Les scores oscillaient entre 40 et 80 pour la plupart des articles ayant utilisé cette échelle (301).

Nous visualisons une augmentation de la CWS-21 et du FTCQ-12 dans le groupe hypnose par rapport au groupe TSN. Cependant nous pouvons voir que les scores de motivation et de confiance sont stables dans le groupe alors que la confiance dans le groupe TSN diminue. Le craving semble beaucoup plus important chez les deux sujets du groupe hypnose à J30 mais le ressenti du sevrage est différent et la confiance au succès est plus importante. Ce sera peut-être un argument intéressant si ces chiffres deviennent une tendance puis se confirment à la fin de l'étude.

Le faible score de dépendance au test de Fagerström à J30 est un facteur rassurant pour l'évolution des patients.

Si les chiffres observés se maintiennent ou s'accroissent au fil de l'étude, l'hypnose ne sera pas plus efficace que les TSN sur l'intensité du syndrome de sevrage tabagique mais elle orientera tout de même vers une meilleure confiance pour les prochaines tentatives de sevrage. Elle orientera également vers une meilleure expérience globale du sevrage reflétée par l'évolution de certains scores des critères de jugement secondaires (notamment l'anxiété et les éléments dépressifs). Dans tous les cas, aucun score sur l'évolution des sujets ne peut être interprété de manière certaine étant donné les faibles effectifs. Il est toujours possible que l'hypnose soit plus efficace que les TSN sur la comparaison du critère principal avec un effectif plus grand et des groupes comparables à la fin de l'étude.

I.11.4. Observations cliniques

Une autre donnée qui peut être intéressante est le retour d'expérience de la part des thérapeutes qui participent à l'étude. Il est positif jusqu'à présent. Le déroulement des consultations de sevrage en tabac que nous avons créé pour l'étude est décrit comme fluide. Tous les thérapeutes de l'étude ont pu pratiquer sereinement leurs consultations en s'appuyant sur le CRF sans pour autant se sentir contraints par la trame proposée.

Délais entre les consultations de l'étude et consultations de suivi

Il s'avère en pratique qu'il est effectivement compliqué de synchroniser le rythme des visites d'inclusion avec les disponibilités des thérapeutes mais cela se passe sans difficulté majeure. D'une part parce que la majorité des thérapeutes s'adapte au maximum, et d'autre part parce que les patients ne sont pas si pressés de se sevrer avec l'expérience que nous avons ici. En effet, nous avons constaté que le temps moyen entre la visite d'inclusion et la première consultation est de $10,25 \pm 7,3$ jours. Le délai de trois semaines maximums entre V_i et J_0 est respecté, sauf en cas de demande du patient pour une situation ne limitant pas les évaluations, est respecté mais dans l'ensemble les patients inclus préfèrent prendre le temps.

Pour autant, aucun patient n'a modifié sa consommation entre ces différents temps, dans un sens ou dans l'autre. Nous essayons quand même de raccourcir les délais entre les différentes visites de l'étude, afin de limiter les biais possibles de changement de consommation. Le patient n'est pas contraint de ne pas diminuer ou arrêter le tabac entre la visite de pré-sélection et J0. Nous pensions que le fait de ne pas réaliser la visite d'inclusion en même temps que la consultation de sevrage en tabac puisse porter préjudice à l'étude mais les premières observations cliniques sont rassurantes.

Accès aux soins

Quatre visites d'inclusions n'ont pas permis d'inclure les sujets. Ils présentaient tous un trouble de l'usage d'une substance autre, principalement au cannabis. Ils n'avaient pas osé en parler à leur médecin généraliste et ne connaissaient pas, ou ne se considéraient pas comme des patients nécessitant d'utiliser le réseau d'addictologie. Ils étaient donc avancés dans leurs stades de changement et voulaient agir mais se sentaient dans une impasse. Ils ont trouvé une solution par le biais de cette étude. Nous les avons directement adressés vers une prise en charge adaptée à leur demande et à leur problématique. Ces quatre sujets montrent bien l'importance d'avoir un réseau développé pour un meilleur accès aux soins et des offres diversifiées.

Liens avec la médecine générale

Cette étude nous a permis de sensibiliser des médecins généralistes sur le sevrage du tabac et le parcours de soins. Nous notons tout de même que seulement 10 % nous ont répondu par courrier. Le fait qu'un seul médecin généraliste sur dix soit attentif à cette problématique soulève quelques questions. Il est certain qu'une importante part des médecins généralistes soit débordée et qu'elle ne souhaite pas s'impliquer dans une énième étude. Toutefois ce faible taux de réponse (refus de participation compris) montre bien que la politique de lutte antitabac doit s'armer de multiples portes d'accès aux soins et y consacrer plus de moyens humains.

Nos propres préjugés

Il a été étonnant de voir que certains patients étaient plus craintifs à l'idée d'être orienté vers le bras hypnose. Nous pensions que cela aurait été l'inverse. Pour l'instant la majorité des patients inclus n'avait pas utilisé les patchs ou une seule fois. Ils gardent donc une relative neutralité vis-à-vis de cette méthode thérapeutique. Bien que cette notion contribue encore d'avantage à la moindre efficacité probable de l'hypnose, elle permettra une meilleure évaluation du critère de jugement principal et limitera les biais liés au caractère ouvert de l'étude.

I.12. Approche réflexive sur l'étude

Le premier objectif était de créer un accès aux soins privilégié aux patients en utilisant l'enveloppe disponible de l'ARS dans la lutte antitabac disponible sur le CH Esquirol et le potentiel humain disponible sur l'établissement. C'est-à-dire faire du concret, agir pour les patients, et se servir des moyens disponibles pour alimenter les données de la littérature dans l'approche globale de la prise en charge du syndrome de sevrage tabagique. Nous voulions dessiner un parcours de soins efficace, qui pourra se poursuivre au-delà de la recherche. Le deuxième objectif était d'avoir une méthodologie, du moins une ébauche de possibilité, sur la capacité de mener à bien une étude scientifique avec une thérapie complémentaire telle que l'hypnose dans le sevrage du tabac. Concilier la rigueur scientifique et l'hypnose dans une

pathologie multifactorielle. L'idée de fond est de montrer qu'une étude de ce genre est réalisable et que des études de plus grandes ampleurs mieux conduites sur l'hypnose pourraient inviter à revoir les guidelines. Nous comprenons bien qu'elles obtiendraient difficilement le soutien d'un laboratoire pharmaceutique, ce qui rend plus délicat les financements. Mais il faut souligner que les retombées en santé publique dans la lutte antitabac pourraient largement compenser le financement d'études de plus grande envergure par l'état. En particulier grâce au nombre grandissant d'hypnothérapeutes à l'heure actuelle.

Nous avons voulu concilier à travers cette étude plusieurs dimensions :

- l'évaluation scientifique de l'hypothèse d'une efficacité globale de l'hypnose dans le sevrage tabagique avec un bon niveau de preuve,
- une réflexion plus globale sur la place des psychothérapies dans la recherche médicale,
- l'utilisation des financements disponibles sur le CH Esquirol dans la lutte antitabac afin qu'ils servent directement aux patients,
- redéfinir un parcours de soins du sevrage en tabac sur l'établissement de psychiatrie pour l'améliorer par la suite,
- partager nos expériences sur le sevrage tabagique avec le réseau d'addictologie en Limousin,
- sensibiliser au sevrage en tabac les médecins généralistes et les hypnothérapeutes,
- et avoir une étude avec une méthodologie correcte adaptable avec les moyens disponibles pour garantir des soins de qualité aux patients pendant l'étude.

Nous avons surtout souhaité réaliser une étude de qualité pour les patients. Ce sont eux les premiers concernés lorsqu'ils participent à une étude et eux qui font le travail de sevrer en tabac. Il est compliqué d'intégrer cette étude dans la pratique courante. Cela n'a été possible que grâce à la motivation des thérapeutes (addictologues et hypnothérapeutes) et la compliance des patients (pour les prises de rendez-vous pour J0). Le recrutement n'est pas linéaire, tout comme les créneaux disponibles des thérapeutes. Le schéma de l'étude impose une consultation à une semaine de la première consultation. Si les thérapeutes arrivent souvent à dégager une place en plus dans leurs créneaux déjà chargés, il est souvent difficile de le faire pour la semaine suivante. Notre crainte était d'avoir une demande trop massive qui nous n'aurions pu absorber, et donc de contraindre les patients dans leurs stades de changements pour l'arrêt du tabac. Nous avons donc voulu contenir le NSN pour l'étude afin de garantir des soins adaptés et une réactivité.

C'est une des raisons pour laquelle nous n'avons pas prévu de stratification pour l'analyse qui ferait augmenter le NSN. D'autant plus que les facteurs de confusion pour le vécu et le syndrome de sevrage en tabac sont peu fiables et peu nombreux dans la littérature car ils se concentrent sur l'abstinence. C'est aussi une des raisons qui nous a orienté à vouloir prouver une différence assez importante avec les TSN pour cet essai de supériorité au risque de ne rien prouver. Nous avons donc privilégié la qualité des soins au risque de ne pas prouver l'efficacité de l'hypnose.

Cette notion pourrait être préjudiciable pour l'hypnose alors qu'elle semble très intéressante pour l'aspect psychologique de la prise en charge du sevrage en tabac. Pour

autant, dans l'étude présentée ici c'est l'aspect global du sevrage que nous évaluons et pas spécifiquement l'aspect psychologique. Il s'agit ici d'avoir un référentiel sur ce que peut produire l'hypnose en termes d'efficacité globale afin de pouvoir évaluer le type d'études qui seront intéressantes par la suite. En effet, les résultats à venir pourront permettre d'aider à la mise en place de prochaines études (essai de supériorité avec un écart attendu plus faible, étude de non infériorité ou d'équivalence, étude de l'hypnose spécifiquement sur l'aspect psychologique, étude de l'hypnose sur un temps plus long, etc.) et d'adapter la méthodologie. Nous allons donc étudier de près l'évolution des critères de jugement secondaires de l'hypnose comparée aux TSN. Même si nous ne pourrions pas conclure, il dégagera peut-être un intérêt à prévoir des études plus orientées sur la psychologie que sur l'efficacité globale du syndrome de sevrage en tabac (avec la possibilité d'avoir une étude hypnose + TSN pour une évaluation spécifique de l'aspect psychique). Dans l'étude de Carmody (273) publiée en 2008 une randomisation a été faite mais elle n'évaluait pas l'hypnose « seule ». Deux approches psychothérapeutiques étaient comparées en analysant l'efficacité de l'hypnose + TSN versus suivi standard comportemental + TSN. Il est complexe de choisir une approche satisfaisante, d'autant plus qu'en pratique clinique même si l'hypnose prouve son efficacité, en tant que praticien, nous l'utiliserions en compléments des TSN afin de consolider les sevrages. Ne serait-il pas plus judicieux d'étudier systématiquement l'efficacité de l'hypnose associée au TSN ? Il n'y a pas de réponse optimale à cette question. Dans tous les cas il semble important d'obtenir de preuves solides au sujet de l'efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique et son abstinence (deux phénomènes liés mais différents) pour objectiver des possibilités futures d'associations de traitements plus efficaces, ou éventuellement pour déterminer des seuils d'efficacité pour aménager l'accès aux soins en santé publique. Cela permettrait aussi d'évaluer l'hypnose « seule » pour les personnes qui ne souhaitent pas ou plus de TSN, les personnes ne tolérant pas leurs formes galéniques ou tout autre contexte qui imposerait l'absence de TSN. Il nous semble donc nécessaire d'avoir en premier lieu une évaluation de l'hypnose seule versus TSN sur l'ensemble du syndrome de sevrage tabagique.

Nous avons choisi d'avoir une démarche réflexive en l'absence de donnée dans la littérature sur l'évaluation de l'intensité du syndrome de sevrage en tabac. Tout en mettant en avant la possibilité d'avoir une approche scientifique avec un traitement non-pharmacologique pour stimuler les recherches à venir. Cette étude nous permettra aussi d'améliorer les biais possibles visibles uniquement sur le terrain grâce à la pratique.

Il semble ambitieux de comparer l'hypnose avec le « gold standard » qui est l'association des EM et des TSN. Une étude comparée se fait par rapport à un traitement de référence. Bien que la pratique l'hypnose soit antinomique avec la notion de groupe contrôle placebo nous aurions pu choisir une psychothérapie sans TSN comme les TCC ou une autre méthode thérapeutique complémentaire comme l'acupuncture afin de montrer la supériorité de l'hypnose par rapport à d'autres outils complémentaires. La comparaison de l'hypnose avec un traitement n'ayant pas prouvé son efficacité ou un traitement avec peu de preuves d'efficacité, ne permet pas un apport intéressant en santé publique. Sans oublier que créer un groupe contrôle avec une autre psychothérapie potentialise les difficultés d'évaluations. La comparaison avec un traitement pharmacologique semble plus fiable finalement.

Comité de Protection des Personnes

Le choix d'un groupe placebo est délicat dans l'évaluation des psychothérapies. D'autant plus que les tenants et aboutissants des différences techniques de soins non-pharmacologiques sont difficilement assimilables pour des non-initiés ou des évaluateurs hors

champs médical. Nous en avons eu l'expérience avec le CPP qui nous avait recommandé de faire une séance d'hypnose « placebo » dans le groupe TSN, sous-entendu avec des suggestions indirectes. Voici la réponse qui leur a été fournie de notre part à ce sujet :

« Bien que l'idée soit intéressante de faire un groupe TSN + hypnose, il n'est cependant pas possible de faire une séance d'hypnose « placebo ». Ce serait une combinaison potentialisatrice, même sans suggestions concernant le tabac. En effet, le traitement par hypnose ne se limite pas aux suggestions. Un patient venant pour un sevrage tabagique s'appropriera, consciemment ou inconsciemment, cette méthode thérapeutique pour le problème qu'il souhaite résoudre. Dans le contexte de cette étude, il s'agira de l'arrêt du tabac. Par exemple, les suggestions indirectes telles que les constructions métaphoriques du changement dans l'exercice possible des scripts de suivis ne font pas de suggestions directes concernant le tabac. Cependant, afin d'approcher au maximum cette idée de séance « placebo » nous avons uniformisé les entretiens des consultations de sevrage. [...] Il est proposé de réaliser le même nombre de consultations de sevrage pour les deux groupes pour gommer l'effet « suivi ». Nous souhaitons également proposer le même nombre de thérapeutes pour limiter les possibles biais liés à l'unicité du thérapeute dans son approche avec le patient malgré une formation commune au protocole de l'étude et à la structure des entretiens de sevrage tabagique. ».

Les trois soumissions qui ont été nécessaires au CPP ont subi de nombreuses remarques plus ou moins appropriées pour lesquelles il est inutile d'ouvrir le débat ici. Cependant ce qui reste intéressant à mettre en perspective est la difficulté de concilier une vision scientifique dans l'étude des psychothérapies. Cet aspect a été très frappant lors des échanges avec les méthodologistes du CPP avec lesquels il a été nécessaire de faire des entretiens téléphoniques. La difficulté à obtenir l'avis favorable du CPP qui nous a été attribué pour l'examen de notre projet venait de l'incompréhension des commissions de pouvoir évaluer une psychothérapie de manière acceptable sur une petite étude, mais également de leurs craintes que nous ne puissions rien conclure. Ils mettaient en avant les biais de mesure possibles étant donnée la différence des deux traitements. Nous avons affirmé notre position en expliquant que les biais de mesure étaient contenus grâce aux formations des thérapeutes. Certes les biais de jugement liés au fait que la randomisation ne se fasse pas en double aveugle étaient inévitables avec l'hypnose dans notre étude. Nous avons insisté sur fait que nous tenions compte de cet aspect à travers l'uniformisation des consultations. Bien qu'elle soit loin d'être parfaite, la méthodologie mise en place ici ne semble pas une perte de temps pour les patients et le protocole de l'étude permet une bonne qualité de soins. Il y aura matière à débattre à la fin de l'étude. Sans préjuger du résultat, rien n'exclue la possibilité de conclure à une efficacité de l'hypnose supérieure aux TSN dans la prise en charge globale du sevrage tabagique. Mais dans tous les cas le fait de redynamiser l'évaluation scientifique de l'hypnose dans le sevrage tabagique et la réflexion autour des moyens de le faire sont en soi un processus intéressant. Il a été compliqué de détacher les bénéfices attendus de tout ce que la mise en place d'une étude représente (formations, discussions, traitement de trente patients, échanges humains ...) du risque de non significativité de l'efficacité de l'hypnose.

Il a également été compliqué d'arriver à un choix de comparaison des scores pour le critère principal. Initialement nous avions pour projet de comparer l'évolution de l'intensité du syndrome de sevrage tabagique entre les deux groupes à l'aide de la CWS-21. Nous voulions comparer l'évolution globale des scores aux temps J0, J2, J7, J15 et J30 de l'échelle principale de notre étude. Le syndrome de sevrage en tabac est paroxystique à proximité de J7, mais il

est surtout très bruyant en ce qui concerne la dépendance physique en période aiguë du sevrage. Les dépendances psychologique et comportementale ont une cinétique moins franche. Elles s'étalent plus sur le mois suivant un sevrage en tabac. Par exemple, l'anxiété, l'irritabilité et le craving sont majeurs sur les vingt premiers jours de sevrage (252,337). Le vécu du sevrage en tabac, et donc l'expérience retenue de cette tentative d'arrêt en cas de rechute, ne se fait pas à un moment précis. Ce vécu est conditionné par l'évolution du syndrome de sevrage tabagique à travers l'instabilité physique, psychique et sociale qu'il entraîne sur toute sa durée. L'hypothèse que nous avons faite d'une amélioration globale de la prise en charge du sevrage tabagique grâce à l'hypnose nous avait orientés vers la comparaison de l'évolution du syndrome de sevrage qui serait un meilleur reflet du vécu global. Cependant le CPP nous a incité à faire une comparaison du score de la CWS-21 à un temps précis afin de limiter des biais de mesure. Il pensait que ces biais seraient majorés en cas d'une comparaison de l'évolution entre un médicament et une psychothérapie, notamment dans le cadre d'une étude avec un faible effectif et une échelle d'évaluation peu connue. Cela en dépit du fait que l'effectif soit calculé pour pouvoir mettre en évidence une différence et que l'échelle soit validée. Ce qui nous a permis d'envisager la proposition du CPP est le fait que les rechutes se fassent principalement autour de la première semaine et que la présence d'éléments anxio-dépressifs favorise un risque d'avoir un syndrome de sevrage tabagique plus intense (246,362), y compris au début du syndrome de sevrage tabagique. Sans oublier que le type d'étude mené ici nous a également permis de limiter le NSN et de rendre faisable ce projet dans de bonnes conditions. Toutefois nous n'oublierons pas d'analyser l'évolution du score de la CWS-21 ainsi que son score à chaque temps de l'étude entre les deux groupes traités sur le mois d'évaluation dans les critères de jugement secondaires en plus des scores d'anxiété et de dépression.

L'hypnose plus en cause que la méthodologie ?

Ce qui est intéressant avec l'hypnose ce sont les questions qu'elle amène sur les soins. La limite entre manipulation, messages subliminaux et techniques de soins semble ténue. L'idée que l'hypnose soit la plus ancienne forme de manipulation artistique ouvre un vaste débat fort intéressant (396). Henri Ey, dans une des préfaces des écrits de Chertok évoque également ce vaste sujet : « A-t-on le droit de « profiter » de l'inconscience d'un homme pour délester celui-ci du poids de son inconscient ? Je pense que poser la question, c'est la résoudre, car il est bien légitime – et il serait même absurde qu'il en soit autrement – qu'un médecin qui veut la fin (guérison) ne puisse employer les moyens (ici l'hypnose) pour y arriver. » (130). Bien que mis en exergue, le terme « profiter » fait référence à la possibilité du médecin de manipuler l'inconscience pour en venir au résultat final. La fin justifie les moyens selon ce principe, quitte à oublier l'éthique de la domination des médecins sur leurs patients grâce au pouvoir que leur confère leur savoir. Rappelons-nous que nous nous situons au milieu du XX^e siècle lors de cette assertion. De telles affirmations ne sont pas faites pour réhabiliter l'hypnose si elle est perçue ainsi par les personnes préoccupées des droits de l'humanité. Nous en revenons aux capacités bienveillantes du thérapeute et de l'autorisation par la société, à travers les diplômes notamment, de la possibilité de créer un espace d'échange facteur de changement. Cela nous interpelle plus lors de la pratique de thérapies complémentaires telles que l'hypnose alors que dans tout entretien dit thérapeutique, de celui du dermatologue au radiothérapeute en passant par le psychomotricien, nous partageons une réciprocité affective propice à modifier l'autre par la parole. En d'autres termes, l'action de modifier l'autre par la parole, peut s'appliquer pour tout échange verbal. Ces problèmes soulèvent des discussions éthiques sur les droits et les limites de l'action du thérapeute sur la

personnalité humaine. Car le caractère essentiel de la personnalité humaine réside dans son indépendance, sa possibilité de se positionner face aux influences extérieures et aux tentatives d'approche des autres personnalités. Tout être humain prend part active à la vie en société, conformément à ses propres valeurs, afin de suivre sa vie et le sens de ses actions. Influencer par la thérapie sur cette mouvance est-elle contraire à la bienveillance d'une entité indépendante ? Ou justement, permet-elle de restaurer cette mouvance naturelle ? Finalement, bien que ces questions méritent d'être débattues et préservées, il faut quand même agir face à la demande du patient. S'il le demande, c'est qu'il est en souffrance, donc que cette mouvance ne lui convient pas à cet instant précis. D'autant plus que ces positionnements idéologiques varient avec les sociétés, les époques et les représentations mentales de la souffrance psychique.

En gardant une vision la plus neutre possible, une position basse, tout en parlant ouvertement de nos limites et des objectifs pour lesquels nous pouvons accompagner le patient grâce à nos connaissances mêlées à notre expérience, les risques de pratiquer l'hypnose paraissent bien faibles face au potentiel de développement naturel du patient.

Nous pensons ici que le savoir, les connaissances de manière générales, permettent justement de prendre du recul et se repositionner de manière basse grâce à la pratique de l'hypnose. Cela nécessite des remises en question régulières et de la pratique mais l'hypnose ne nous apparaît pas plus vicieuse qu'une autre thérapeutique non-médicamenteuse dans un cadre bienveillant. L'image de l'hypnose de spectacle colle à celle-ci. Cette notion imprègne encore tellement les esprits que dans les recommandations les plus récentes de la HAS nous pouvons lire « Hypnothérapie (hypnose médicale) » qui synthétise bien la représentation collective de l'hypnose de nos jours. Y compris dans le milieu médical.

I.13. Bilan humain

Il a été intéressant de constater l'intérêt porté par les thérapeutes et certains médecins généralistes pour participer à cette étude. Cette motivation s'est également ressentie auprès du service de la recherche, de la pharmacie de l'établissement, du secrétariat du Pôle Universitaire d'Addictologie et chez tous les acteurs ayant rendu possible cette étude. C'est un soutien essentiel pour une petite étude comme celle-ci qui finalement compte plus sur « l'huile de coude » que les financements. C'est également une dimension favorable pour les autres sevrage en tabac à venir. Cette étude va rapidement se terminer mais la formation des thérapeutes et le parcours de soins mis en place pourra se développer.

I.14. Perspectives d'avenir

La nicotine a longtemps été considérée comme étant « LA » molécule addictogène du tabac. De nos jours il est admis que la nicotine à elle seule ne peut expliquer la puissance du potentiel addictif du tabac. Les facteurs socio-psychologiques et comportementaux potentialisent les capacités de la nicotine, ses dérivés, et autres composants issus de la pyrolyse du tabac dans les troubles de l'usage menant à la dépendance. Le constat est donc que la pharmacologie a elle aussi ses limites et que si nous ne nous intéressons pas d'avantage aux aspects psychologiques des addictions nous allons nous heurter à une inefficacité complète et durable de la prise en charge chez les patients vulnérables. Cet aspect psychologique global regroupe les facteurs de vulnérabilité, les degrés de troubles de l'usage et les altérations psychiques pendant le sevrage. Il est essentiel en tant que thérapeute de

resituer notre place et d'intégrer les souffrances psychiques possibles pour avoir des outils adaptés dans l'accompagnement psychologique de nos patients.

Si l'hypnose n'est pas plus efficace que les TSN sur l'intensité du syndrome de sevrage en tabac, il est possible que l'hypnose soit un outil de choix dans les addictions légères et modérées, avant que la dépendance s'installe. Ses dispositions motivationnelles et propriétés sur la plasticité cérébrale sont peut-être plus efficaces avant que les altérations cérébrales ne soient trop importantes. Les signes et les symptômes physiques de sevrage sont peut-être trop limitants et pas assez canalisés par l'hypnose. L'association TSN + hypnose pourrait être la référence si elle permet une meilleure motivation, potentialise les TSN pour un meilleur sevrage et facilite le remodelage cérébral pour une abstinence plus solide. Ces hypothèses nécessitent d'autres études avec des moyens plus importants (en matériel et en temps) et une méthodologie différente mais elles semblent se justifier au regard du potentiel majeur que cela apporterait dans la lutte antitabac par rapport aux conséquences sanitaires et financières actuelles.

L'important va être tout d'abord de mener à bien notre étude et d'évaluer l'efficacité de l'hypnose sur l'intensité du syndrome de sevrage en tabac, mais également sur l'anxiété et la dépression, avec pour idéal de faire le lien avec les ressentis et les traits de personnalité, car l'avantage d'une psychothérapie est qu'elle englobe le sujet pour ce qu'il est, et ce qu'il souhaite être, en prenant en compte son passé. L'élément central de l'hypnose va possiblement être de faciliter le travail autour de l'identification.

Dans tous les cas, même en cas de non arrêt du tabac ou reprise de la consommation, l'utilisation de l'hypnose ou des TSN n'est pas un échec. Chaque tentative de sevrage est une expérience supplémentaire, qui sera utile pour la suite et pour chaque patient, et une expérience de sevrage dont le souvenir reste non douloureux est un gage de succès ultérieur.

Cet apprentissage par l'expérience est également valable pour notre étude. Quel que soit le résultat, ce sera une expérience supplémentaire. Toute critique, bonne ou mauvaise, fait réagir. C'est notre but ici, utiliser le potentiel présent pour créer une étude et faire réagir.

Conclusion

Plusieurs mois ont été nécessaires pour mettre en place cette étude. Les temps de réflexion, de conceptualisation puis de création ont permis un partage entre les différents acteurs de ce projet. Ce partage se poursuit encore et l'étude conduit toujours à la réflexion. L'étude fonctionne bien et sa mise en place a permis de sensibiliser un bon nombre de thérapeutes. Nous avons également pu optimiser le parcours de soins dans le sevrage tabagique au sein du CH Esquirol en lien avec les médecins généralistes qui participent à l'étude.

Tenter de prouver une hypothèse de supériorité de l'hypnose est discutable dans un domaine comme celui de l'addiction où le syndrome de dépendance physique est souvent très bruyant. Nous pensons qu'il est utile d'entrevoir si l'hypnose peut avoir un intérêt dans la qualité du sevrage tabagique par rapport à des thérapies de référence plus objectivables, comme les TSN, afin de pouvoir dessiner d'autres types d'études à mettre en place.

Les troubles de l'usage d'une substance reflètent bien la complexité que représente l'être humain dans sa globalité. Les troubles somatiques et les troubles psychiatriques sont majeurs dans les pathologies addictives liées à une substance mais ils sont indissociables. Il est nécessaire de les appréhender pour ce qu'ils sont au sein d'une même entité. Nous ne disposons toujours pas de traitement satisfaisant dans l'arrêt du tabac pour faire une parfaite jonction qui lie la résolution de la souffrance physique et la résolution de la souffrance psychique. L'hypnose nous semble toujours favorite dans ce contexte.

Il est clair que l'hypnose a une riche histoire qui témoigne de son potentiel. L'hypnose est un outil médical très puissant qu'il serait dommage de mettre de côté. A l'heure actuelle il est impossible de dire la tendance qui se dégagera des résultats de l'étude. L'aspect qualitatif et psychologique du sevrage en tabac semble meilleur avec l'hypnose mais il sera nécessaire de finir l'étude pour conclure sur le critère de jugement principal où les scores sont plus mitigés pour l'instant entre les deux groupes.

Cette étude reste modeste et n'est pas une fin en soi. Il sera nécessaire de faire parler les résultats à la fin de l'étude pour avoir une position plus certaine sur les orientations à proposer pour la mise en place d'études complémentaires. Actuellement nous nous consacrons pleinement à la réalisation de cette étude et au bon déroulement des soins. Jusqu'à présents les patients semblent satisfaits et s'investissent sans difficulté dans cette recherche.

Nous ne prétendons pas avoir réussi à concilier toutes les problématiques que soulève l'évaluation de l'efficacité de l'hypnose dans le cadre d'un essai clinique. Notre étude est perfectible et ne demande qu'à être améliorée. Nous espérons seulement faire avancer les réflexions et ouvrir de nouvelles possibilités. L'objectif est de se poser des questions à travers l'action. Quel que soit le résultat de notre étude, nous aurons permis à trente patients un accès à un sevrage du tabac de qualité et peut-être même un accès à un arrêt définitif du tabac.

A travers ces lignes, notre souhait est de montrer que la recherche est un domaine ouvert à l'évaluation des psychothérapies, à la réflexion, et de manière plus générale, à la psychiatrie. Tout changement commence par un petit mouvement. Nous espérons que cette étude va permettre de faire bouger la place de l'hypnose dans le domaine des addictions afin que cette dernière puisse y développer de nouvelles ressources.

Références bibliographiques

1. Barrucand D. Histoire de l'hypnose en France. Paris: Presses universitaires de France; 1967.
2. Bardinnet, T. Les papyrus médicaux de l'Égypte pharaonique. Traduction intégrale et commentaire. Fayard; 1996. 583 p. (Penser la médecine).
3. Bonwick J. Egyptian belief and modern thought. London: K. Paul & Company; 1878.
4. Eliade M, Dumézil G. Traité d'histoire des religions. Paris: Payot; 2004. 395 p.
5. Vandenberg B. Hypnosis and the pathologising of religious beliefs. *Mental Health, Religion & Culture*. 2012;15(2):175–189.
6. Clottes J, Lewis-williams D. Les Chamanes de la préhistoire. Transe et magie dans les grottes ornées. Paris: Points; 2007. 240 p.
7. Becchio J, Suarez B. Historique de l'hypnose. *La lettre des neurosciences : dossiers sur l'hypnose*. 2015;(48):4-8.
8. Eliade M. Le chamanisme et les techniques archaïques de l'extase. Payot. Paris; 1968.
9. Schultes RE, Hofmann AI. Les plantes des dieux : Les plantes hallucinogènes. Botanique et ethnologie. Éditions du Léopard. Paris; 2005. 208 p.
10. Poupard G, Martin VS, Bilhernan A. Manuel pratique d'hypnothérapie. InterÉditions; 2018. 319 p.
11. Hammond DC. A review of the history of hypnosis through the late 19th century. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2013;56(2):174–191.
12. Pattie FA. Mesmer and animal magnetism: A chapter in the history of medicine. New York: Edmonston Publishing; 1994.
13. Stengers I, Chertok L. Le Coeur et la raison : L'hypnose en question de Lavoisier à Lacan. Paris: Payot; 1989. 286 p.
14. Moreni A, Barber A. Origines et histoire de l'hypnose. 2015;
15. Stengers I. L'hypnose entre magie et science. *Les empêcheurs de penser en rond*; 2002. 166 p.
16. Mesmer FA. Précis historique des faits relatifs au magnétisme-animal jusques en avril 1781. Première édition, 1781. Hachette Livre / BNF; 2012. 239 p.
17. Peter J-P. De Mesmer à Puységur. Magnétisme animal et transe somnambulique, à l'origine des thérapies psychiques. 2009;(38):19-40.
18. Puységur M de, Michaux D. Aux sources de l'hypnose : Mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal. Paris: Imago; 2003. 220 p.
19. Méheust B. Somnambulisme et médiumnité, tome 2. Le choc des sciences psychiques. La découverte. *Les empêcheurs de penser en rond*; 1998. 600 p.

20. Tinterow MM. Satanic agency and mesmerism reviewed - James Braid. *Am J Clin Hypn.* 1993;36(1):3-6.
21. Braid J. *Hypnose : Ou Traité du sommeil nerveux, considéré dans ses relations avec le magnétisme animal.* Édition originale 1843. Paris: Editions L'Harmattan; 2005. 274 p.
22. Leger JM, Ouango JG. Sorcellerie à Koupéla (Afrique), sorcellerie à Limoges (France) : similitudes et différences. *Synapse.* 1999;n°158 septembre:41-5.
23. Faria A, Nicolas S. *De la cause du sommeil lucide : étude de la nature de l'homme.* Paris: Editions L'Harmattan; 2005. 274 p.
24. Noizet F-J. *Memoire sur Le somnambulisme est le magnetisme animal.* Première édition, 1854. Nabu Press; 2012. 450 p.
25. Hénin de Cuvillers É-F (1755-1841) *A du texte. Le Magnétisme éclairé, ou introduction aux archives du magnétisme animal.* 1820. 252 p.
26. Bioy A, Crocq L, Bachelart M. Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 2013;171:658–661.
27. Esdaile J. *Mesmerism in India, and its practical application in surgery and medicine.* London: Longman, Brown, Green, and Longmans; 1846.
28. Chertok L. *Le non-savoir des psy.* Le Plessis-Robinson: Les empêcheurs de penser en rond; 1999. 293 p.
29. Peter J-P. *Somnambule désordonné ? journal du traitement magnétique du jeune Hébert.* Œuvres du marquis de Puységur. Le Plessis-Robinson: Les empêcheurs de penser en rond; 1999. 308 p.
30. Binet A, Féré C, Clozza C, Nicolas S, Andrieu B. *Le magnétisme animal. Études sur l'hypnose.* Réédition de 1887. Paris: Editions L'Harmattan; 2006. 283 p.
31. Caillet AL. *Manuel bibliographique des sciences psychiques ou occultes.* Cambridge University Press; 2012. 609 p.
32. Cauzons T de. *La magie contemporaine.* Première édition, 1912. Paris - Genève: Champion - Slatkine; 1984. 742 p.
33. Tourette GGD. *L'Hypnotisme et Les états analogues au point de vue médico-légal.* Première édition, 1889. Forgotten Books; 2018. 618 p.
34. Carroy J. *Hypnose, suggestion et psychologie.* Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1992. 272 p.
35. Coconnier MT. *L'hypnotisme franc.* Édition 1897. Hachette/BnF; 2013. 452 p.
36. Liébeault A-A. *Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique.* Paris: Masson; 1866. 548 p.
37. Collot E. *Hypnose et hypnothérapie.* *Encycl Méd-Chir - 37-820-B-50.* 2015;1-14.
38. Bernheim H. *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille.* Réédition de 1884. Paris: Editions L'Harmattan; 2004. 166 p.

39. Laxenaire M. La posterite de l'Ecole hypnologique de Nancy. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2005;163:244–249.
40. Bourru H, Burot F. La suggestion mentale et les variations de la personnalité. Dépôt légal, 1888. Paris: Librairie J.-B. Baillière et fils; 1895.
41. Richet C. L'homme et l'Intelligence. Paris: Félix Alcan; 1884.
42. Janet P, Nicolas S. L'automatisme psychologique : essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Réédition de 1889. Paris: Editions L'Harmattan; 2005. 496 p.
43. Carroy J. L'invention du mot psychothérapie et ses enjeux. *Psychologie clinique*. 2000;9:11–30.
44. Bernheim H. De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique. Réédition de 1886. Editions L'Harmattan; 2005. 467 p.
45. Duyckaerts F. Joseph Delboeuf, philosophie et hypnotiseur. *Les empêcheurs de penser en rond*; 1992.
46. Carroy J, Ohayon A, Plas R. Histoire de la psychologie en France. La Découverte; 2006. 272 p. (Repères).
47. Ohayon A. La psychologie clinique en France. Éléments d'histoire. *Connexions*. 2006;85(1):9-24.
48. Mengal P. D'une parole à l'autre. Le retournement rhétorique dans l'histoire de la psychothérapie. *Psychologie clinique–Nouvelle Série*. 2000;9(1):31–42.
49. Freud S. Ma vie et la psychanalyse. Paris: Gallimard; 1950. 184 p.
50. Chertok L. L'hypnose depuis le premier congrès international tenu à Paris en 1889. In: *Hypnosis and Psychosomatic Medicine*. Springer; 1967. p. 67–82.
51. Freud S, Breuer J. Etudes sur l'hystérie. Première édition 1895. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2002. 254 p.
52. Bioy A. Hypnose, psychothérapie et psychologie clinique. *Perspectives Psy*. 2005;44(5):346–354.
53. Donnet J-L. Le divan bien tempéré. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1995. 320 p.
54. Chertok L, Saussure R. Naissance du psychanalyste. Le Plessis-Robinson France: Les empêcheurs de penser en rond; 1998. 328 p.
55. Freud S. Oeuvres complètes, psychanalyse, volume 4 : L'interprétation du rêve, 1899-1900. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2003. 759 p.
56. Bioy A. Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe. *Perspectives Psy*. 2008;47(2):171-84.
57. Gay M-C. Les théories de l'hypnose. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier; 2007. p. 623–630.

58. Janet P. Les médications psychologiques. Paris: F. Alcan; 1919.
59. Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre de Louis Crocq. Odile Jacob; 1999.
60. Crocq L, Bachelart M, Bioy A. Les thérapies par l'hypnose dans les armées, quelques jalons dans l'histoire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2013;171:662–666.
61. Milian G. L'hypnose des batailles. *Paris Med*. 1915;2:265–70.
62. Eder MD. The psycho-pathology of war neuroses. *The Lancet*. 1916;188(4853):448-9.
63. Parsons JH. The Psychology of Traumatic Amblyopia following Explosion of Shells. *Proc R Soc Med*. 1915;8(Neurol Sect):55-68.
64. Smyly CP. Shell-shock? *Dublin Journal of Med Science*. 1917;143(4):247–257.
65. Smith GE. Shock and the soldier. *The lancet*. 1916;187(4833):813–817.
66. Podiapolsy P. La suggestion hypnotique à l'hôpital de campagne. *Paris Med*. 1917;7:165–70.
67. Short D, Taillandier J. Espoir et résilience : Comprendre les stratégies thérapeutiques de Milton H. Erickson. Bruxelles: Satas; 2005. 210 p. (Le Germe).
68. Haley J. Conversations with Milton H. Erickson, MD. New York: Triangle Press; 1985.
69. Melchior T. Créer le réel - Hypnose et thérapie. Paris: Le Seuil; 2008. 560 p.
70. Erickson MH. The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol. 1: Nature of Hypnosis and Suggestion. Rossi EL, éditeur. New York: John Wiley & Sons Inc; 1980. 367 p.
71. Chertok L, Stengers I, Gille D. L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie : Le non-savoir des psy. Paris: Editions Odile Jacob; 2006. 293 p.
72. Haley J, Cayrol A, Robert F. Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson. Réédition de 1984. Paris: Desclée de Brouwer; 2007. 380 p.
73. Roustang F. Il suffit d'un geste. Paris: Odile Jacob; 2003.
74. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I. Hypnothérapie et hypnose médicale : en 57 notions. Dunod; 2014. 384 p. (Aide-mémoire).
75. Santarpia A. L'hypnose narrative : un état poétique à deux. *La lettre des neurosciences : dossiers sur l'hypnose*. 2015;(48):13–15.
76. Villemagne A. Hypnose : mode d'emploi. *La lettre des neurosciences : dossiers sur l'hypnose*. 2015;(48):20-1.
77. Meyerson J. The myth of hypnosis: the need for remythification. *Int J Clin Exp Hypn*. 2014;62(3):378-93.
78. Wittezaele J, Garcia-rivera T. A la recherche de l'école de Palo Alto. Paris: Points; 2014. 480 p.

79. Melchior T. Principes de la thérapie brève. Belgique: Satas; 2016. 173 p. (Le Germe).
80. Salem G, Bonvin É. Soigner par l'hypnose. 5ème édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012. 416 p. (Pratiques en psychothérapie).
81. Ludwig AM. Altered states of consciousness. Arch Gen Psychiatry. 1966;15(3):225-34.
82. Definition and description of hypnosis. American Psychological Association. 1994;(Repport No: 11):142–145.
83. Schlichter R. Bases neurophysiologiques de l'état hypnotique. La lettre des neurosciences : dossiers sur l'hypnose. 2015;(48):15-8.
84. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing research and practice: the revised APA Division 30 definition of hypnosis. Int J Clin Exp Hypn. 2015;63(1):1-9.
85. Bioy A. Découvrir l'hypnose. 2ème. InterEditions; 2013. 151 p. (Broché).
86. Weitzenhoffer AM. Scales, scales and more scales. Am J Clin Hypn. 2002;44(3-4):209-19.
87. Michaux D, Collot E, Collectif. La transe et l'hypnose - Les états non ordinaires de conscience et l'hypnose. Éditions Imago. Paris; 1995. 137-163 p.
88. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. Biol Psychiatry. 1999;45(3):327-33.
89. Gay M-C. L'hypnose : un descriptif. In: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Elsevier; 2007. p. 172–179.
90. Cuvelier A. Hypnose et suggestion : de Liébeault à Coué. Presses universitaires de Nancy; 1987.
91. Schultz JH. Autogenic training in general practice. Medizinische Klinik. 1950;45(31):945–9.
92. Jacobson E. Neuromuscular controls in man: methods of self direction in health and in disease. The American journal of psychology. 1955;68(4):549–561.
93. Malarewicz J-A, Godin J, Benoit J-C. Milton H. Erickson : de l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique. 5e édition. Issy-les-Moulineaux: ESF Editeur; 2005. 156 p.
94. Bioy A, Wood C, Célestin-Lhopiteau I. L'aide-mémoire d'hypnose. Dunod; 2010. 311 p.
95. Lakoff G, Johnson M. Philosophy in the flesh: New York: Basic Books; 1990. 640 p.
96. Watzlawick P. Le langage du changement. Eléments de communication thérapeutique. Paris: Points; 2014. 192 p. (Point essai).
97. Barber TX. A deeper understanding of hypnosis: its secrets, its nature, its essence. Am J Clin Hypn. 2000;42(3-4):208-72.
98. Weitzenhoffer AM. Hypnotic susceptibility revisited. Am J Clin Hypn. 1980;22(3):130-46.
99. Sarbin TR, Coe WC. Hypnotic behavior: the psychology of influence communication. New York: Aldine. 1972;

100. Lapassade G. Les états modifiés de conscience. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1987. 126 p.
101. Spanos NP. A sociocognitive approach to hypnosis. In: Theories of hypnosis: Current models and perspectives. New York, NY, US: Guilford Press; 1991. p. 324-61. (The Guilford clinical and experimental hypnosis series).
102. Mathew V. Hypnosis in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*. 1993;(17):202-4.
103. Prince M. The unconscious: the fundamentals of human personality, normal and abnormal. New York: Macmillan Publishers; 1914. 588 p.
104. Hilgard ER. The problem of divided consciousness: a neodissociation interpretation. *Ann N Y Acad Sci*. 1977;296:48-59.
105. Elman D. Hypnotherapy. New edition, First edition 1970. Glendale, Calif.: Westwood Publishing Co ,U.S.; 1984. 336 p.
106. Palaci J. Empathie et relation. Importance de l'hypnose Le Plessis Robinson, Les empêcheurs de penser en rond. 1993;219–30.
107. Kahn L. Fiction et vérité freudiennes. Paris: Balland; 2004. 296 p.
108. Chertok L. L'énigme de la relation au coeur de la médecine. Paris: Les empêcheurs de penser en rond; 1994. 486 p.
109. Dowd ET. Cognitive Hypnotherapy. First Edition edition. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc. Publishers; 1999. 240 p.
110. Dowd ET. Expanding the cognitive therapy model: Imagery, meditation, and hypnosis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2004;18(4):351.
111. Barker W, Burgwin S. Brain wave patterns during hypnosis, hypnotic sleep and normal sleep. *Arch Neurol Psychiatry*. 1949;62(4):412-20.
112. Chertok L, Kramarz P. Hypnosis, sleep and electro-encephalography. *J Nerv Ment Dis*. 1959;128(3):227-38.
113. Vanhaudenhuyse A, Laureys S, Faymonville M-E. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiol Clin*. 2014;44(4):343-53.
114. Sabourin ME, Cutcomb SD, Crawford HJ, Pribram K. EEG correlates of hypnotic susceptibility and hypnotic trance: spectral analysis and coherence. *Int J Psychophysiol*. 1990;10(2):125-42.
115. Engstrom DR, London P, Hart JT. Hypnotic susceptibility increased by EEG alpha training. *Nature*. 1970;227(5264):1261-2.
116. Cavallaro FI, Cacace I, Del Testa M, Andre P, Carli G, De Pascalis V, et al. Hypnotizability-related EEG alpha and theta activities during visual and somesthetic imageries. *Neurosci Lett*. 2010;470(1):13-8.
117. Danziger N, Fournier E, Bouhassira D, Michaud D, De Broucker T, Santarcangelo E, et al. Different strategies of modulation can be operative during hypnotic analgesia: a neurophysiological study. *Pain*. 1998;75(1):85-92.

118. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DeFiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology*. 2000;92(5):1257-67.
119. Rainville P. Neurophénoménologie des états et des contenus de conscience dans l'hypnose et l'analgésie hypnotique. *Théologiques*. 2004;12(1-2):15–38.
120. Dehaene S, Changeux J-P. Experimental and theoretical approaches to conscious processing. *Neuron*. 2011;70(2):200-27.
121. Agnati LF, Guidolin D, Cortelli P, Genedani S, Cela-Conde C, Fuxe K. Neuronal correlates to consciousness. The « Hall of Mirrors » metaphor describing consciousness as an epiphenomenon of multiple dynamic mosaics of cortical functional modules. *Brain Res*. 2012;1476:3-21.
122. Bressler SL, Menon V. Large-scale brain networks in cognition: emerging methods and principles. *Trends Cogn Sci (Regul Ed)*. 2010;14(6):277-90.
123. Demertzi A, Soddu A, Laureys S. Consciousness supporting networks. *Curr Opin Neurobiol*. 2013;23(2):239-44.
124. Müller K, Bacht K, Schramm S, Seitz RJ. The facilitating effect of clinical hypnosis on motor imagery: an fMRI study. *Behav Brain Res*. 2012;231(1):164-9.
125. Müller K, Bacht K, Prochnow D, Schramm S, Seitz RJ. Activation of thalamus in motor imagery results from gating by hypnosis. *Neuroimage*. 2013;66:361-7.
126. Casale AD, Ferracuti S, Rapinesi C, Serata D, Sani G, Savoia V, et al. Neurocognition Under Hypnosis: Findings From Recent Functional Neuroimaging Studies. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2012;60(3):286-317.
127. Faymonville M-E, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiol Paris*. 2006;99(4-6):463-9.
128. Halligan PW, Oakley DA. Hypnosis and cognitive neuroscience: bridging the gap. *Cortex*. 2013;49(2):359-64.
129. Arnould C. L'immobilité tonique chez l'animal : une forme d'hypnose ? *La lettre des neurosciences : dossiers sur l'hypnose*. 2015;(48):18-20.
130. Baruk H. *L'hypnose*. 5ème édition : 1981. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1972. 126 p. (Que sais-je ?).
131. Zemmoura I, Fournier E, El-hage W, Jolly V, Destrieux C, Velut S. Hypnose pour la chirurgie éveillée des gliomes de bas grade. *La lettre des neurosciences : dossiers sur l'hypnose*. 2015;(48):9-13.
132. Michaux D. *Douleur et hypnose*. 3e édition. Paris: IMAGO; 2013. 336 p.
133. Cazard-Fillette C, Wood C, Bioy A. *Vaincre la douleur par l'hypnose et l'auto-hypnose*. Paris: Vigot; 2016. 125 p. (Solutions).
134. *Handbook of clinical hypnosis*. 2nd Revised edition. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2010. 806 p.

135. Loftus E, Ketcham K, Champollion Y. Le syndrome des faux souvenirs. Paris: Exergue; 2012. 350 p.
136. Nathan T. L'influence qui guérit. Paris: Editions Odile Jacob; 2001. 312 p.
137. Maleval J-C. De l'extension du champ « psy » et de ses clivages. Cliniques méditerranéennes. 2005;n°71(1):233-47.
138. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva; 2017 p. 263.
139. Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, Freedman ND, Hartge P, Lewis CE, et al. Smoking and mortality-beyond established causes. N Engl J Med. 2015;372(7):631-40.
140. Piano MR, Benowitz NL, Fitzgerald GA, Corbridge S, Heath J, Hahn E, et al. Impact of smokeless tobacco products on cardiovascular disease: implications for policy, prevention, and treatment: a policy statement from the American Heart Association. Circulation. 2010;122(15):1520-44.
141. Rustemeier K, Stabbert R, Haussmann HJ, Roemer E, Carmines EL. Evaluation of the potential effects of ingredients added to cigarettes. Part 2: chemical composition of mainstream smoke. Food Chem Toxicol. 2002;40(1):93-104.
142. Rabinoff M, Caskey N, Rissling A, Park C. Pharmacological and Chemical Effects of Cigarette Additives. Am J Public Health. 2007;97(11):1981-91.
143. Rose JE, Behm FM, Westman EC, Coleman RE. Arterial nicotine kinetics during cigarette smoking and intravenous nicotine administration: implications for addiction. Drug Alcohol Depend. 1999;56(2):99-107.
144. Fuxe K, Everitt BJ, Hökfelt T. On the action of nicotine and cotinine on central 5-hydroxytryptamine neurons. Pharmacol Biochem Behav. 1979;10(5):671-7.
145. Zorrilla EP, Logrip ML, Koob GF. Corticotropin releasing factor: a key role in the neurobiology of addiction. Front Neuroendocrinol. 2014;35(2):234-44.
146. del Arbol JL, Muñoz JR, Ojeda L, Cascales AL, Irlles JR, Miranda MT, et al. Plasma concentrations of beta-endorphin in smokers who consume different numbers of cigarettes per day. Pharmacol Biochem Behav. 2000;67(1):25-8.
147. Benowitz NL, Hukkanen J, Jacob P. Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. Handb Exp Pharmacol. 2009;(192):29-60.
148. Rose JE, Behm FM, Ramsey C, Ritchie JC. Platelet monoamine oxidase, smoking cessation, and tobacco withdrawal symptoms. Nicotine Tob Res. 2001;3(4):383-90.
149. Malin DH, Moon WD, Goyarzu P, Barclay E, Magallanes N, Vela AJ, et al. Inhibition of monoamine oxidase isoforms modulates nicotine withdrawal syndrome in the rat. Life Sci. 2013;93(12-14):448-53.
150. Hogg RC. Contribution of Monoamine Oxidase Inhibition to Tobacco Dependence: A Review of the Evidence. Nicotine Tob Res. 2016;18(5):509-23.
151. Molimard R. La fume (« smoking »). Sides; 2003. 262 p.

152. Nourrisson D. Histoire sociale du tabac. Paris: Editions Christian; 2000. 200 p.
153. Decroix É. Journal de la Société contre l'abus du tabac. Gallica-BnF (articles de 1878 à 1937). mars 1937;96.
154. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 1994;309(6959):901-11.
155. Glover M, McRobbie H. Smoking Cessation. In: International encyclopedia of public health. 2nd éd. Elsevier; 2017.
156. Borland R, Yong H-H, King B, Cummings KM, Fong GT, Elton-Marshall T, et al. Use of and beliefs about light cigarettes in four countries: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res*. 2004;6 Suppl 3:S311-321.
157. Aubin H-J, Peiffer G, Stoebner-Delbarre A, Vicaud E, Jeanpetit Y, Solesse A, et al. The French Observational Cohort of Usual Smokers (FOCUS) cohort: French smokers perceptions and attitudes towards smoking cessation. *BMC Public Health*. 2010;10:100.
158. Mullins R, Borland R. Do smokers want to quit? *Aust N Z J Public Health*. 1996;20(4):426-7.
159. Farris SG, Zvolensky MJ, Schmidt NB. Smoking-specific experiential avoidance cognition: explanatory relevance to pre- and post-cessation nicotine withdrawal, craving, and negative affect. *Addict Behav*. 2015;44:58-64.
160. Godfrey C, Parrott S, Coleman T, Pound E. The cost-effectiveness of the English smoking treatment services: evidence from practice. *Addiction*. 2005;100 Suppl 2:70-83.
161. Samet JM. The 1990 Report of the Surgeon General: The Health Benefits of Smoking Cessation. *Am Rev Respir Dis*. 1990;142(5):993-4.
162. Alberg AJ, Shopland DR, Cummings KM. The 2014 Surgeon General's report: commemorating the 50th Anniversary of the 1964 Report of the Advisory Committee to the US Surgeon General and updating the evidence on the health consequences of cigarette smoking. *Am J Epidemiol*. 2014;179(4):403-12.
163. Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2016;(30-31):528-40.
164. Guignard R, Beck F, Wilquin JL, Andler R, Nguyen-Thanh V, Richard J, et al. La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du Baromètre santé 2014. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2015;17(18):281-8.
165. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard J, Arwidson P, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. Le groupe Baromètre santé 2017 *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. mai 2018;(14-15):265-73.
166. Le Faou A-L, Baha M. Tabagisme en France : état des connaissances pour une prise en charge efficace par les médecins. *La Presse Médicale*. 2012;41(12, Part 1):1279-85.

167. Guignard R, Beck F, Richard J aB, Lermenier A, Wilquin J aL, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Évolutions*, INPES. 2015;(31):6.
168. Lermenier-Jeannet A. *Tabagisme et arrêt du tabac en 2017*. Saint-Denis, OFDT; 2017. 11 p.
169. Lancaster T, Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis MJ. Prevention of relapse after quitting smoking: a systematic review of trials. *Arch Intern Med*. 2006;166(8):828-35.
170. Lafont E. Conduites addictives (tabac, alcool). *Hypnose & Thérapies brèves* n°38. 2015;(38):16-28.
171. Guelfi J-D, Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*. 2e édition. Elsevier Masson; 2012. 888 p.
172. Tribolet S. *Guide pratique de psychiatrie*. 6 ème. Heure de France; 2011. 446 p.
173. Bergeret J. *Toxicomanie et personnalité*. 5^e éd. Presses universitaires de France; 1996. 128 p. (Que sais-je ?).
174. Brusset B. Dépendance addictive et dépendance affective. *Revue française de psychanalyse*. 2004;68(2):405-20.
175. Valleur M, Matysiak J-C. *Les addictions. Dépendances, toxicomanies : repenser la souffrance psychique*. Paris: Armand Colin; 2002. 272 p.
176. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. sept 1992;47(9):1102-14.
177. Lopez-Quintero C, Pérez de los Cobos J, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant BF, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend*. 2011;115(1-2):120-30.
178. Collective E. *Tabac : Comprendre la dépendance pour agir*. Paris; 2004 p. 473. (Les éditions Inserm).
179. Association AP, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C. *DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson; 2015. 947 p.
180. Reynaud M, Aubin H-J, Benyamina A. *Traité d'addictologie*. 2e édition. Lavoisier - Médecine Sciences Publications; 2016. 900 p. (Traités).
181. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, et al. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer*. 2008;122(1):155-64.
182. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet*. 2006;368(9536):647-58.
183. *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours*. Haute Autorité de Santé Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2014;562.

184. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*. 2010;376(9735):112-23.
185. Hill C. Les effets sur la santé du tabagisme passif. *Institut de veille sanitaire Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2011;(20-21):233-5.
186. Guignard R, Beck F, Richard JB, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France : analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Saint-Denis, Inpes, coll Baromètres santé. 2013;56.
187. Qureshi NA, al-Ghamdy YS, al-Habeeb TA. Drug addiction: a general review of new concepts and future challenges. *East Mediterr Health J*. 2000;6(4):723-33.
188. Insel TR. Is social attachment an addictive disorder? *Physiol Behav*. 2003;79(3):351-7.
189. Shadel WG, Cervone D, Niaura R, Abrams DB. Investigating the Big Five personality factors and smoking: Implications for assessment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004;26(3):185–191.
190. Munafò MR, Zetteler JI, Clark TG. Personality and smoking status: a meta-analysis. *Nicotine Tob Res*. 2007;9(3):405-13.
191. Ravaja N, Keltikangas-Järvinen K. Cloninger's temperament and character dimensions in young adulthood and their relation to characteristics of parental alcohol use and smoking. *J Stud Alcohol*. 2001;62(1):98-104.
192. Etter J-F. Smoking and Cloninger's Temperament and Character Inventory. *Nicotine Tob Res*. 2010;12(9):919-26.
193. Etter J-F, Pélissolo A, Pomerleau C, De Saint-Hilaire Z. Associations between smoking and heritable temperament traits. *Nicotine Tob Res*. 2003;5(3):401-9.
194. Michalowski A, Erblich J. Reward dependence moderates smoking-cue- and stress-induced cigarette cravings. *Addict Behav*. 2014;39(12):1879-83.
195. Leventhal AM, Waters AJ, Boyd S, Moolchan ET, Heishman SJ, Lerman C, et al. Associations between Cloninger's temperament dimensions and acute tobacco withdrawal. *Addict Behav*. 2007;32(12):2976-89.
196. Chambers RA, Taylor JR, Potenza MN. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *Am J Psychiatry*. 2003;160(6):1041-52.
197. Peretti-Watel P, Beck F, Wilquin J-L. Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé. *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé Saint-Denis : Inpes, coll. 2007;76-110*.
198. Gülsen A, Uygur B. Psychological Features of Smokers. *Respir Care*. 2018;
199. Morisano D, Bacher I, Audrain-McGovern J, George TP. Mechanisms underlying the comorbidity of tobacco use in mental health and addictive disorders. *Can J Psychiatry*. 2009;54(6):356-67.
200. Benyamina A. Addictions et comorbidités. Paris: Dunod; 2014. 448 p. (Association CPNLF).

201. Tanner J-A, Chenoweth MJ, Tyndale RF. Pharmacogenetics of nicotine and associated smoking behaviors. *Curr Top Behav Neurosci*. 2015;23:37-86.
202. Bozinoff N, Le Foll B. Understanding the implications of the biobehavioral basis of nicotine addiction and its impact on the efficacy of treatment. *Expert Rev Respir Med*. 10 août 2018;
203. Jackson KJ, Muldoon PP, De Biasi M, Damaj MI. New mechanisms and perspectives in nicotine withdrawal. *Neuropharmacology*. 2015;96(Pt B):223-34.
204. Müller DJ, Likhodi O, Heinz A. Neural markers of genetic vulnerability to drug addiction. *Curr Top Behav Neurosci*. 2010;3:277-99.
205. van den Brand FA, Nagelhout GE, Reda AA, Winkens B, Evers SMAA, Kotz D, et al. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9:CD004305.
206. Paynter J, Edwards R. The impact of tobacco promotion at the point of sale: a systematic review. *Nicotine Tob Res*. 2009;11(1):25-35.
207. Chaloupka FJ, Straif K, Leon ME, Working Group, International Agency for Research on Cancer. Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. *Tob Control*. 2011;20(3):235-8.
208. Remler DK. Poor smokers, poor quitters, and cigarette tax regressivity. *Am J Public Health*. 2004;94(2):225-9.
209. Peretti-Watel P, Constance J. « It's all we got left ». Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases. *Int J Environ Res Public Health*. 2009;6(2):608-21.
210. Constance J, Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. *Ethnologie française*. 2010;40(3):535-542.
211. Guignard R, Beck F, Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. *Baromètre santé médecins généralistes*. 2009;Saint-Denis, INPES:177-201.
212. Durkin S, Brennan E, Wakefield M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. *Tob Control*. 2012;21(2):127-38.
213. Tovar M-L, Le Nézet O, Bastianic T. Perceptions et opinions des Français sur les drogues. *Tendances*. 2013;88:1-6.
214. West R, Stapleton J. Clinical and public health significance of treatments to aid smoking cessation. *European Respiratory Review*. 2008;17(110):199-204.
215. West R, Brown J. *Theory of addiction*. 2 ed. Oxford: John Wiley & Sons; 2013. 274 p.
216. Guignard R, Richard J, Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Smadja O, et al. Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec Mois sans tabac : premiers résultats observés dans le Baromètre santé 2017. *Le groupe Baromètre santé 2017 Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. mai 2018;(14-15):298-303.
217. Mills EJ, Wu P, Lockhart I, Wilson K, Ebbert JO. Adverse events associated with nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. A systematic review and meta-analysis of one hundred and twenty studies involving 177,390 individuals. *Tob Induc Dis*. 2010;8:8.

218. 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):CD009329.
219. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 8 janv 2014;(1):CD000031.
220. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000031.
221. David SP, Lancaster T, Stead LF, Evins AE, Prochaska JJ. Opioid antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(6):CD003086.
222. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2013;382(9905):1629-37.
223. Miller W, Rollnick S, Butler CC. *Pratique de l'entretien motivationnel: Communiquer avec le patient en consultation.* Paris: InterEditions. 2009;
224. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother.* 2009;37(2):129-40.
225. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(3):CD006936.
226. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3:CD001007.
227. Becoña E, Martínez-Vispo C, Senra C, López-Durán A, Rodríguez-Cano R, Fernández Del Río E. Cognitive-behavioral treatment with behavioral activation for smokers with depressive symptomatology: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):134.
228. Park EW, Tudiver FG, Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(7):CD002928.
229. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD001188.
230. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(1):CD000009.
231. Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, Pilote L, Eisenberg MJ. Alternative Smoking Cessation Aids: a meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *The American Journal of Medicine.* 2012;125(6):576-84.
232. Ussher MH, Taylor AH, Faulkner GEJ. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(8):CD002295.
233. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD002850.
234. Hughes JR. Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. *Nicotine Tob Res.* 2007;9(3):315-27.

235. Langley T, Lewis S, McNeill A, Gilmore A, Szatkowski L, West R, et al. Characterizing tobacco control mass media campaigns in England. *Addiction*. 2013;108(11):2001-8.
236. Piper ME. Withdrawal: Expanding a Key Addiction Construct. *Nicotine Tob Res*. 2015;17(12):1405-15.
237. Hughes JR, Hatsukami DK. Instructions for use of the Minnesota Withdrawal Scale-Revised. 2007;
238. Welsch SK, Smith SS, Wetter DW, Jorenby DE, Fiore MC, Baker TB. Development and validation of the Wisconsin Smoking Withdrawal Scale. *Exp Clin Psychopharmacol*. nov 1999;7(4):354-61.
239. Budney AJ, Vandrey RG, Hughes JR, Thostenson JD, Bursac Z. Comparison of cannabis and tobacco withdrawal: severity and contribution to relapse. *J Subst Abuse Treat*. 2008;35(4):362-8.
240. Merson F, Guillon C, Arvers P, Underner M, Perriot J. Variations of time perspective by social deprivation, what are the effects on smoking cessation? *Rev Med Liege*. 2012;67(10):536-42.
241. Hughes JR, Hatsukami D. Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Arch Gen Psychiatry*. mars 1986;43(3):289-94.
242. Shiffman S, West R, Gilbert D, SRNT Work Group on the Assessment of Craving and Withdrawal in Clinical Trials. Recommendation for the assessment of tobacco craving and withdrawal in smoking cessation trials. *Nicotine Tob Res*. 2004;6(4):599-614.
243. Liu X, Li R, Lanza ST, Vasilenko SA, Piper M. Understanding the role of cessation fatigue in the smoking cessation process. *Drug Alcohol Depend*. 2013;133(2):548-55.
244. Piper ME, Federmen EB, McCarthy DE, Bolt DM, Smith SS, Fiore MC, et al. Using mediational models to explore the nature of tobacco motivation and tobacco treatment effects. *J Abnorm Psychol*. 2008;117(1):94-105.
245. Bekiroglu K, Russell MA, Lagoa CM, Lanza ST, Piper ME. Evaluating the effect of smoking cessation treatment on a complex dynamical system. *Drug and Alcohol Dependence*. 2017;180(Supplement C):215-22.
246. Piper ME, Vasilenko SA, Cook JW, Lanza ST. What a difference a day makes: differences in initial abstinence response during a smoking cessation attempt. *Addiction*. 2017;112(2):330-9.
247. Cook JW, Piper ME, Leventhal AM, Schlam TR, Fiore MC, Baker TB. Anhedonia as a component of the tobacco withdrawal syndrome. *J Abnorm Psychol*. 2015;124(1):215-25.
248. Hendricks PS, Hall SM, Tyus LR, Thorne CB, Lappan SN, McMurray MV, et al. Withdrawal exposure with withdrawal regulation training for smoking cessation: a randomized controlled pilot trial. *Drug and Alcohol Dependence*. 2016;164(Supplement C):28-37.
249. Alessi SM, Rash CJ. Treatment Satisfaction in a Randomized Clinical Trial of mHealth Smoking Abstinence Reinforcement. *J Subst Abuse Treat*. 2017;72:103-10.

250. Herd N, Borland R, Hyland A. Predictors of smoking relapse by duration of abstinence: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*. 2009;104(12):2088-99.
251. Stolz D, Scherr A, Seiffert B, Kuster M, Meyer A, Fagerström K-O, et al. Predictors of success for smoking cessation at the workplace: a longitudinal study. *Respiration*. 2014;87(1):18-25.
252. Leventhal AM, Ameringer KJ, Osborn E, Zvolensky MJ, Langdon KJ. Anxiety and depressive symptoms and affective patterns of tobacco withdrawal. *Drug Alcohol Depend*. 2013;133(2):324-9.
253. Lebargy F. Les échecs du sevrage tabagique. *La Revue du praticien Médecine générale*. 2009;(824):435-439.
254. Brodbeck J, Bachmann MS, Brown A, Znoj HJ. Effects of depressive symptoms on antecedents of lapses during a smoking cessation attempt: an ecological momentary assessment study. *Addiction*. 2014;109(8):1363-70.
255. Elfihri S, Fdil S, Soualhi M, Zahraoui R, Amor JB, Marc K, et al. Facteurs prédictifs du succès ou d'échec du sevrage tabagique. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2017;34:180.
256. Wetter DW, Cofta-Gunn L, Fouladi RT, Cinciripini PM, Sui D, Gritz ER. Late relapse/sustained abstinence among former smokers: a longitudinal study. *Prev Med*. 2004;39(6):1156-63.
257. Bidwell LC, Leventhal AM, Tidey JW, Brazil L, Niaura RS, Colby SM. Effects of abstinence in adolescent tobacco smokers: withdrawal symptoms, urge, affect, and cue reactivity. *Nicotine Tob Res*. 2013;15(2):457-64.
258. Aguirre CG, Madrid J, Leventhal AM. Tobacco withdrawal symptoms mediate motivation to reinstate smoking during abstinence. *J Abnorm Psychol*. 2015;124(3):623-34.
259. Marlatt GA, Witkiewitz K. Update on harm-reduction policy and intervention research. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:591-606.
260. Aubin H-J, Bonnet N, Borgne A. De la tabacologie à l'addictologie. *La Revue du praticien*. 2012;356-9.
261. Martinet Y, Bohadana A, Fagerström K. Introducing oral tobacco for tobacco harm reduction: what are the main obstacles? *Harm Reduct J*. 2007;4:17.
262. Fagerström KO, Bridgman K. Tobacco harm reduction: The need for new products that can compete with cigarettes. *Addictive Behaviors*. 2014;39(3):507-11.
263. Montgomery GH, Sucala M, Dillon MJ, Schnur JB. Interest and Attitudes about Hypnosis in a Large Community Sample. *Psychol Conscious (Wash D C)*. 2018;5(2):212-20.
264. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. 2e édition. Paris: InterEditions; 2013. 448 p.

265. Green JP, Lynn SJ. A Multifaceted Hypnosis Smoking-Cessation Program: Enhancing Motivation and Goal Attainment. *Int J Clin Exp Hypn.* 2017;65(3):308-35.
266. Benhaiem J-M. *Oubliez le tabac! par l'hypnose.* Paris: Albin Michel; 2005. 245 p.
267. Benhaiem J-M. La dernière cigarette! *Hypnose & Thérapies Brèves* n°11. 2008;(11):48-56.
268. Vondedenroth TE. The use of hypnosis with « tobaccomaniacs ». *Am J Clin Hypn.* 1964;6:326-31.
269. Covino NA, Bottari M. Hypnosis, behavioral theory, and smoking cessation. *J Dent Educ.* 2001;65(4):340-7.
270. Viswesvaran C, Schmidt FL. A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. 1992;
271. Williams JM, Hall DW. Use of single session hypnosis for smoking cessation. *Addict Behav.* 1988;13(2):205-8.
272. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD001008.
273. Carmody TP, Duncan C, Simon JA, Solkowitz S, Huggins J, Lee S, et al. Hypnosis for smoking cessation: a randomized trial. *Nicotine Tob Res.* 2008;10(5):811-8.
274. Lynn SJ, Green JP, Accardi M, Cleere C. Hypnosis and smoking cessation: the state of the science. *Am J Clin Hypn.* 2010;52(3):177-81.
275. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(10):CD001008.
276. Hall JA, Crasilneck HB. Development of a hypnotic technique for treating chronic cigarette smoking. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.* 1970;18(4):283-9.
277. Holm M, Schiöler L, Andersson E, Forsberg B, Gislason T, Janson C, et al. Predictors of smoking cessation: A longitudinal study in a large cohort of smokers. *Respiratory Medicine.* 2017;132:164-9.
278. Miller MM. Hypnoaversion treatment in alcoholism, nicotineism and weight control. *J Natl Med Assoc.* 1976;68(2):129-30.
279. Aumann I, Tedja L, von der Schulenburg JMG. Experiences of COPD patients with existing smoking cessation programs and their preferences for improvement - a qualitative analysis. *Tob Induc Dis.* 2016;14(1):31.
280. Riegel B. Hypnosis for smoking cessation: group and individual treatment-a free choice study. *Int J Clin Exp Hypn.* 2013;61(2):146-61.
281. 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;12:271.

282. Astrid Becerra N, Alba LH, Castillo JS, Murillo R, Cañas A, García-Herreros P. Alternative therapies for smoking cessation: clinical practice guidelines review. *Gac Med Mex.* 2012;148(5):457-66.
283. Volkow ND, Fowler JS, Wang G-J. The addicted human brain: insights from imaging studies. *J Clin Invest.* 2003;111(10):1444-51.
284. Volkow ND, Fowler JS, Wang G-J, Goldstein RZ. Role of dopamine, the frontal cortex and memory circuits in drug addiction: insight from imaging studies. *Neurobiol Learn Mem.* 2002;78(3):610-24.
285. Heinzl A, Bermpohl F, Niese R, Pfennig A, Pascual-Leone A, Schlaug G, et al. How do we modulate our emotions? Parametric fMRI reveals cortical midline structures as regions specifically involved in the processing of emotional valences. *Brain Res Cogn Brain Res.* 2005;25(1):348-58.
286. Lüscher C, Malenka RC. Drug-evoked synaptic plasticity in addiction: from molecular changes to circuit remodeling. *Neuron.* 2011;69(4):650-63.
287. Naqvi NH, Bechara A. The hidden island of addiction: the insula. *Trends Neurosci.* 2009;32(1):56-67.
288. Janes AC, Pizzagalli DA, Richardt S, deB Frederick B, Chuzi S, Pachas G, et al. Brain reactivity to smoking cues prior to smoking cessation predicts ability to maintain tobacco abstinence. *Biol Psychiatry.* 2010;67(8):722-9.
289. Koob GF. Neuroadaptive mechanisms of addiction: studies on the extended amygdala. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2003;13(6):442-52.
290. Faouzi Kammoun M. Hypnose et toxicomanie. *Hypnose & Thérapies Brèves n°15.* 2009;(15):32-40.
291. Hamm E, Muramoto ML, Howerter A, Floden L, Govindarajan L. Use of provider-based complementary and alternative medicine by adult smokers in the United States: Comparison from the 2002 and 2007 NHIS survey. *Am J Health Promot.* 2014;29(2):127-31.
292. Glickman-Simon R, Savasta S. Acupuncture for Acute Stroke, Peppermint Oil for Irritable Bowel Syndrome, Yoga for Depression and Anxiety, Hypnotherapy for Smoking Cessation, and Lime Juice for Sickle Cell Anemia. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing.* 2014;10(4):261-4.
293. Wang Y-Y, Liu Z, Wu Y, Yang L, Guo L-T, Zhang H-B, et al. Efficacy of Acupuncture is Non-Inferior To NRT for Tobacco Cessation: Results of A Prospective, Randomized, Active-Controlled Open-Label Trial. *Chest.* 2017;
294. Organization WH. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing Bans on Tobacco Advertising, Promotion and Sponsorship. World Health Organization; 2013. 210 p.
295. Bioy A, Keller P-H. Hypnose clinique et principe d'analogie. Fondements d'une pratique psychothérapeutique. 1ère édition. De Boeck Supérieur; 2009. 220 p. (Carrefour des psychothérapies).

296. Nafstad P, Jaakkola JJ, Hagen JA, Botten G, Kongerud J. Breastfeeding, maternal smoking and lower respiratory tract infections. *Eur Respir J.* 1996;9(12):2623-9.
297. Karmaus W, Dobai AL, Ogbuanu I, Arshard SH, Matthews S, Ewart S. Long-term effects of breastfeeding, maternal smoking during pregnancy, and recurrent lower respiratory tract infections on asthma in children. *J Asthma.* 2008;45(8):688-95.
298. Hasan FM, Zagarins SE, Pischke KM, Saiyed S, Bettencourt AM, Beal L, et al. Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: results of a randomized controlled trial. *Complement Ther Med.* févr 2014;22(1):1-8.
299. Etter M, Khan AN, Etter J-F. Acceptability and impact of a partial smoking ban followed by a total smoking ban in a psychiatric hospital. *Prev Med.* 2008;46(6):572-8.
300. Balmford J, Leifert JA, Schulz C, Elze M, Jaehne A. Implementation and effectiveness of a hospital smoking cessation service in Germany. *Patient Educ Couns.* 2014;94(1):103-9.
301. Etter J-F. A self-administered questionnaire to measure cigarette withdrawal symptoms: the Cigarette Withdrawal Scale. *Nicotine Tob Res.* 2005;7(1):47-57.
302. Bacha S, Khemiri M, Majdoub S, Chaouch N, Cherif H, Cheikhrouhou S, et al. Évaluation de l'association entre la dépendance tabagique et les symptômes de sevrage. *Rev Mal Respir.* 2016;33:A273-A273.
303. Kawai A, Kurita M, Nishino S, Hirata E, Sato T, Okubo Y. Need for medication to complement catecholamines in smoking cessation of hardcore smokers. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017;13:2419-24.
304. Etter J-F, Hughes JR. A comparison of the psychometric properties of three cigarette withdrawal scales. *Addiction.* mars 2006;101(3):362-72.
305. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11:CD000146.
306. Cawkwell PB, Blaum C, Sherman SE. Pharmacological Smoking Cessation Therapies in Older Adults: A Review of the Evidence. *Drugs Aging.* 2015;32(6):443-51.
307. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction.* 2004;99(1):29-38.
308. Etter JF, Perneger TV. Attitudes toward nicotine replacement therapy in smokers and ex-smokers in the general public. *Clin Pharmacol Ther.* 2001;69(3):175-83.
309. Etter J-F, Huguelet P, Perneger TV, Cornuz J. Nicotine gum treatment before smoking cessation: a randomized trial. *Arch Intern Med.* 2009;169(11):1028-34.
310. Woolacott NF, Jones L, Forbes CA, Mather LC, Sowden AJ, Song FJ, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2002;6(16):1-245.
311. Murray RP, Connett JE, Zapawa LM. Does nicotine replacement therapy cause cancer? Evidence from the Lung Health Study. *Nicotine Tob Res.* 2009;11(9):1076-82.

312. Munson SO, Barabasz AF, Barabasz M. Ability of Hypnosis to Facilitate Movement Through Stages of Change for Smoking Cessation. *Int J Clin Exp Hypn*. 2018;66(1):56-82.
313. Zullino D, Khazaal Y. Psychopharmacologie de l'addiction. Médecine et hygiène Problèmes psychiatriques courants Genève. 2005;2:115-25.
314. Megglé D. Décider ce qui est bon. *Hypnose & Thérapies brèves* n°32. 2014;(32):40-8.
315. Elkins G, Marcus J, Bates J, Hasan Rajab M, Cook T. Intensive hypnotherapy for smoking cessation: a prospective study. *Int J Clin Exp Hypn*. 2006;54(3):303-15.
316. Vesproumis P. L'hypnose en prison. *Hypnose & Thérapies brèves* n°47. 2018;(47):28-38.
317. Doutrelugne Y. Hypnose et arrêt du tabac. Institut Milton H. Erickson du Nord de la France;
318. QUIN D. Arrêt du tabac. *Hypnose & Thérapies brèves* n°45. 2017;(45):10-20.
319. Aïm P. Hypnose et arrêt du tabagisme. Faculté de médecine de Nancy; 2009.
320. Virot C, Bernard F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. 1^{re} éd. Arnette; 2010. 285 p. (Hypnose).
321. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3:CD008286.
322. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang J-L. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 20 janv 2010;(1):CD006936.
323. Underner M, Le Houezec J, Perriot J, Peiffer G. Tests for evaluating tobacco dependence. *Rev Mal Respir*. 2012;29(4):462-74.
324. Le Houezec J. Échelles internationales d'évaluation utilisables en tabacologie. Société Française de Tabacologie, Revue bibliographique. 2010;
325. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119-27.
326. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav*. 1978;3(3-4):235-41.
327. Korte KJ, Capron DW, Zvolensky M, Schmidt NB. The Fagerström test for nicotine dependence: do revisions in the item scoring enhance the psychometric properties? *Addict Behav*. 2013;38(3):1757-63.
328. Etter JF, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction*. 1999;94(2):269-81.
329. Etter J-F, Le Houezec J, Perneger TV. A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale. *Neuropsychopharmacology*. 2003;28(2):359-70.

330. Etter J-F, Le Houezec J, Huguelet P, Etter M. Testing the Cigarette Dependence Scale in 4 samples of daily smokers: psychiatric clinics, smoking cessation clinics, a smoking cessation website and in the general population. *Addict Behav.* 2009;34(5):446-50.
331. Etter J-F. Comparing the validity of the Cigarette Dependence Scale and the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2008;95(1-2):152-9.
332. Etter J-F. A comparison of the content-, construct- and predictive validity of the cigarette dependence scale and the Fagerström test for nicotine dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2005;77(3):259-68.
333. Berlin I, Singleton EG, Pedarriosse A-M, Lancrenon S, Rames A, Aubin H-J, et al. The Modified Reasons for Smoking Scale: factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction.* 2003;98(11):1575-83.
334. Toll BA, McKee SA, Martin DJ, Jatlow P, O'Malley SS. Factor structure and validity of the Medication Adherence Questionnaire (MAQ) with cigarette smokers trying to quit. *Nicotine Tob Res.* 2007;9(5):597-605.
335. Hughes JR. Measurement of the effects of abstinence from tobacco: a qualitative review. *Psychol Addict Behav.* 2007;21(2):127-37.
336. West R. Defining and assessing nicotine dependence in humans. Understanding nicotine and tobacco addiction. Edited by: Corrigan WA. London: John Wiley & Sons Ltd; 2006.
337. Morrell HER, Cohen LM, al'Absi M. Physiological and psychological symptoms and predictors in early nicotine withdrawal. *Pharmacol Biochem Behav.* 2008;89(3):272-8.
338. Piasecki TM, Jorenby DE, Smith SS, Fiore MC, Baker TB. Smoking withdrawal dynamics: I. Abstinence distress in lapsers and abstainers. *J Abnorm Psychol.* 2003;112(1):3-13.
339. Piasecki TM, Jorenby DE, Smith SS, Fiore MC, Baker TB. Smoking withdrawal dynamics: III. Correlates of withdrawal heterogeneity. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2003;11(4):276-85.
340. Tiffany ST, Drobes DJ. The development and initial validation of a questionnaire on smoking urges. *Br J Addict.* 1991;86(11):1467-76.
341. Singleton EG, Anderson LM, Heishman SJ. Reliability and validity of the Tobacco Craving Questionnaire and validation of a craving-induction procedure using multiple measures of craving and mood. *Addiction.* 2003;98(11):1537-46.
342. Heishman SJ, Singleton EG, Moolchan ET. Tobacco Craving Questionnaire: reliability and validity of a new multifactorial instrument. *Nicotine Tob Res.* 2003;5(5):645-54.
343. Toll BA, McKee SA, Krishnan-Sarin S, O'malley SS. Revisiting the factor structure of the questionnaire on smoking urges. *Psychol Assess.* 2004;16(4):391-5.
344. Guillin O, Krebs MO, Bourdel MC, Olie JP, Loo H, Poirier MF. Validation of the French translation and factorial structure of the Tiffany and Drobes Smoking Urge Questionnaire. *Encephale.* 2000;26(6):27-31.

345. Cox LS, Tiffany ST, Christen AG. Evaluation of the brief questionnaire of smoking urges (QSU-brief) in laboratory and clinical settings. *Nicotine Tob Res.* 2001;3(1):7-16.
346. Heishman SJ, Singleton EG, Pickworth WB. Reliability and validity of a Short Form of the Tobacco Craving Questionnaire. *Nicotine Tob Res.* 2008;10(4):643-51.
347. Berlin I, Vorspan F, Singleton EG, Warot D, Notides C, Heishman SJ. Reliability and validity of the French version of the tobacco craving questionnaire. *Eur Addict Res.* 2005;11(2):62-8.
348. Berlin I, Singleton EG, Heishman SJ. Validity of the 12-item French version of the Tobacco Craving Questionnaire in treatment-seeking smokers. *Nicotine Tob Res.* mai 2010;12(5):500-7.
349. Mandhouj O, Etter J-F, Courvoisier D, Aubin H-J. French-language version of the World Health Organization quality of life spirituality, religiousness and personal beliefs instrument. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:39.
350. Weitzenhoffer AM. *Hypnotism: an objective study in suggestibility.* Oxford, England: John Wiley; 1953. 380 p.
351. Hilgard ER, Weitzenhoffer AM, Gough P. Individual differences in susceptibility to hypnosis. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1958;44(12):1255-9.
352. Petot JM. L'absorption et l'ouverture à l'expérience sont-elles des prédicteurs de l'hypnotisabilité. *D Michaux Hypnose, langage et communication* Paris: Imago. 1998;303–316.
353. Michaux D, Chertok L. Au-delà de la représentation sociale de l'hypnose. Un phénomène aux formes multiples. *Résurgence de l'hypnose : une bataille de deux cents ans* Paris : Desclée de Brouwer. 1984;123–35.
354. Weitzenhoffer AM. Hypnotic susceptibility: a personal and historical note regarding the development and naming of the Stanford Scales. *Int J Clin Exp Hypn.* 1997;45(2):126-43.
355. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC public health.* 2009;9(1):285.
356. Bakhshaie J, Zvolensky MJ, Goodwin RD. Cigarette smoking and the onset and persistence of depression among adults in the United States: 1994–2005. *Comprehensive psychiatry.* 2015;60:142–148.
357. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA.* 2000;284(20):2606-10.
358. Zhou X, Nonnemaker J, Sherrill B, Gilsean AW, Coste F, West R. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addict Behav.* 2009;34(4):365-73.
359. Holma KM, Holma I, Ketokivi M, Oquendo MA, Isometsä E. The relationship between smoking and suicidal behavior in psychiatric patients with major depressive disorder. *Arch Suicide Res.* 2018;1-23.
360. Taylor G, Aveyard P, der Meer RV, Toze D, Stuijzand B, Kessler D, et al. Impact of variation in functions and delivery on the effectiveness of behavioural and mood

management interventions for smoking cessation in people with depression: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017;7(11).

361. Hitsman B, Papandonatos GD, McChargue DE, DeMott A, Herrera MJ, Spring B, et al. Past major depression and smoking cessation outcome: a systematic review and meta-analysis update. *Addiction*. 2013;108(2):294-306.
362. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, Fleming MF, Bittrich AA, Brown JL, et al. Psychiatric disorders in smokers seeking treatment for tobacco dependence: relations with tobacco dependence and cessation. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(1):13-23.
363. Weinberger AH, Pilver CE, Desai RA, Mazure CM, McKee SA. The relationship of dysthymia, minor depression, and gender to changes in smoking for current and former smokers: longitudinal evaluation in the U.S. population. *Drug Alcohol Depend*. 2013;127(1-3):170-6.
364. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):CD006102.
365. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-9.
366. Peyre F, Martinez R, Calache M, Verdoux H, Bourgeois M. New validation of the Montgomery and Asberg Depression Scale (MADRS) on a sample of 147 hospitalized depressed patients. *Ann Med Psychol (Paris)*. 1989;147(7):762-7.
367. Lempérière T, Lépine JP, Rouillon F, Hardy P, Ades J, Luaute JP, et al. Comparaison de différents instruments d'évaluation de la dépression à l'occasion d'une étude sur l'ATHYMIL 30 mg. *Annales Médico-Psychologiques*. 1984;142:1206-1212.
368. Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie. Elsevier Masson; 2010.
369. Gierisch JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams JW. Smoking cessation interventions for patients with depression: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2012;27(3):351-60.
370. Reid HH, Ledgerwood DM. Depressive symptoms affect changes in nicotine withdrawal and smoking urges throughout smoking cessation treatment: Preliminary results. *Addict Res Theory*. 2016;24(1):48-53.
371. Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(3):362-74.
372. Nieva G, Comín M, Valero S, Bruguera E. Cigarette dependence and depressive symptoms as predictors of smoking status at five-year follow-up after a workplace smoking cessation program. *Addictive Behaviors*. 2017;73:9-15.
373. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014;348:g1151.

374. Rodríguez-Cano R, López-Durán A, del Río EF, Martínez-Vispo C, Martínez Ú, Becoña E. Smoking cessation and depressive symptoms at 1-, 3-, 6-, and 12-months follow-up. *J Affect Disord.* 2016;191:94-9.
375. Blalock JA, Robinson JD, Wetter DW, Schreindorfer LS, Cinciripini PM. Nicotine withdrawal in smokers with current depressive disorders undergoing intensive smoking cessation treatment. *Psychol Addict Behav.* 2008;22(1):122-8.
376. Bakhshaie J, Zvolensky MJ, Langdon KJ, Leventhal AM, Schmidt NB. Reduction of anxiety sensitivity in relation to nicotine withdrawal symptoms during smoking cessation: an examination among successful quitters. *Cogn Behav Ther.* 2017;1-14.
377. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50-5.
378. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord.* 1988;14(1):61-8.
379. Guelfi J. Tome 1 : L'évaluation diagnostique standardisée en psychiatrie. Editions médicales Pierre Fabre, Lavour; 1993. pages 297-302, 411.
380. Pichot P, Pull CB, von Frenckell R, Pull M-C. Une analyse factorielle de l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton. *Psychiatria Fennica.* 1981;183-9.
381. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction.* 1993;88(6):791-804.
382. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005;29(11):2001-7.
383. Peters EN, Budney AJ, Carroll KM. Clinical correlates of co-occurring cannabis and tobacco use: a systematic review. *Addiction.* 2012;107(8):1404-17.
384. Legleye S, Guignard R, Richard J-B, Ludwig K, Pabst A, Beck F. Properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in the general population. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2015;24(2):170-83.
385. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of substance use.* 2007;12(4):233-242.
386. Thurgood SL, McNeill A, Clark-Carter D, Brose LS. A Systematic Review of Smoking Cessation Interventions for Adults in Substance Abuse Treatment or Recovery. *Nicotine Tob Res.* 2016;18(5):993-1001.
387. McKelvey K, Thrul J, Ramo D. Impact of quitting smoking and smoking cessation treatment on substance use outcomes: An updated and narrative review. *Addictive Behaviors.* 2017;65:161-70.

388. Gentry S, Craig J, Holland R, Notley C. Smoking cessation for substance misusers: A systematic review of qualitative studies on participant and provider beliefs and perceptions. *Drug and Alcohol Dependence*. 2017;180:178-92.
389. Hendricks PS, Ditte JW, Drobos DJ, Brandon TH. The early time course of smoking withdrawal effects. *Psychopharmacology (Berl)*. 2006;187(3):385-96.
390. al'Absi M, Amunrud T, Wittmers LE. Psychophysiological effects of nicotine abstinence and behavioral challenges in habitual smokers. *Pharmacol Biochem Behav*. 2002;72(3):707-16.
391. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD001118.
392. Underner M, Perriot J, Peiffer G, Meurice J-C. Effets de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le craving à l'arrêt du tabac. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2016;33(6):431-43.
393. Samet JM. Smoking cessation: benefits versus risks of using pharmacotherapy to quit. *Circulation*. 2014;129(1):8-10.
394. Etter J-F, Stapleton JA. Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: a meta-analysis. *Tob Control*. 2006;15(4):280-5.
395. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ*. 2000;321(7257):355-8.
396. Gillespie Z. Mesmeric Revelation: Art as Hypnosis. *Humanities*. 2015;4(2):236–249.

Annexes

Annexe 1. Feuille informative de prescription des substituts nicotiques.....	266
Annexe 2. Script hypnotique (J0)	267
Annexe 3. Scripts hypnotiques (J7) et (J30).....	271
Annexe 4. Autohypnose.....	277
Annexe 5. Consultations de sevrage tabagique (J0, J7 et J30) avec les notices des auto- évaluations à domicile (J2 et J15)	278
Annexe 6. Questionnaire de pré-sélection : HYPNO-TSN-S	325
Annexe 7. Lettre d'information	327
Annexe 8. Visite d'inclusion	335
Annexe 9. Avis favorable du CPP	351
Annexe 10. Extraits des consignes pour la gestion du CRF et de la logistique des TSN.	352

Annexe 1. Feuille informative de prescription des substituts nicotiniques

(Destinée au patient)

Protocole HYPNO-TSN-S

Feuille informative de prescription des substituts nicotiniques

Médecin prescripteur :

Date |_|_| |_|_| |_|_|

Dispositif transdermique (dose par 24 h) :

Précisions éventuelles :

- 7 mg
 14 mg
 21 mg

Le patch à délivrance de 24 heures a un meilleur effet protecteur. Il doit être utilisé sur une période de 24h, c'est-à-dire y compris la nuit.

Afin d'améliorer l'efficacité, il est recommandé de le poser sur une **surface de peau sèche**, sans lésions et où la pilosité est rare (face externe du bras, omoplate, ...).

Un nouveau patch sera appliqué toutes les 24h (par exemple après la douche) sur une zone de peau différente. Respectez un intervalle de plusieurs jours avant de recoller le patch dans la même zone. **Toujours alterner les sites d'application du patch**, pour éviter les éventuelles irritations locales passagères.

Au cours de la manipulation, éviter le contact avec mes yeux, et **se laver les mains après l'application du patch**.

Si un patch se décolle ou tombe, il est conseillé de le remplacer par un nouveau.

Éviter les sources de chaleur importantes (bouillotte sur le patch, bain chaud, sauna), et l'exposition prolongée au soleil. Il ne faut pas écrire sur le patch, afin d'éviter de l'endommager.

Vous aurez beaucoup **plus de possibilités de réussir votre arrêt du tabac en gardant le patch pendant toute la durée nécessaire** à la bonne dose.

N'hésitez pas à faire ajuster la dose en demandant conseil lors de votre consultation de suivi.

Si prescription d'interdoses :

Gommes 2 mg 4 mg

Ou

Comprimés à sucer 2 mg

Précisions éventuelles sur la prescription des interdoses (modalités de prise, posologies, durée, ...) :

Pour toutes questions éventuelles concernant votre traitement de substitution, veuillez contacter votre tabacologue de l'étude.

Annexe 2. Script hypnotique (J0)

Script hypnotique (J0)

Protocole HYPNO-TSN-S

Script hypnotique (J0)

Préalables :

Informations sur l'hypnose (ôter la pression)

« Avez-vous des questions sur l'hypnose ? » ... « Très bien. Soyez donc rassuré. »

« Avez-vous déjà été en hypnose avant aujourd'hui ? »

« Peut-être qu'il ne faut pas trop faire d'efforts pour arrêter le tabac. Il est dur de combattre un ennemi. C'était peut-être un accessoire dont vous n'avez plus besoin. Arrêter de fumer, ce n'est pas une lutte, c'est un choix, que vous ferez quand vous le voudrez. Arrêter de fumer peut-être positif, agréable, excitant. C'est quelque chose de bien qui peut être vécu avec de la joie. Vous êtes toujours d'accord pour arrêter de fumer maintenant ? »

Les préliminaires de la séance :

Procédez à votre manière à l'installation confortable du patient en incluant le contexte, la gestion de la distance, la synchronisation, un ancrage de la séance avec un possible yes-set.

Par exemple : « La distance vous convient ? » « Etes-vous suffisamment confortable ? » « On est bien le [...] ? » [...] ... Et vous respirez librement.

« Si je dis des mots qui peuvent vous gêner, ils peuvent vous traverser ou être remplacés par ceux qui vous conviennent le mieux. Vous pouvez vous laisser bercer par les bruits autour et s'il y a un bruit de [...] ou [...], ils pourront vous aider à approfondir la transe. »

Etablir un signaling

Orientation du plus loin au plus proche, jusqu'à faire percevoir les sensations du corps avant de poursuivre l'induction par la focalisation sur la respiration.

« Prenez la position qui vous convient le mieux et fermez les yeux. Vous pouvez, si vous le souhaitez, interrompre à tout moment : il vous suffit de faire une grande respiration et d'ouvrir les yeux, dialoguer si vous le désirez et reprendre l'exercice. »

Induction :

« Ne cherchez pas à vous détendre... Tout de suite. Pendant que votre respiration automatique continue de fonctionner librement, vous pouvez vérifier dans votre corps que la position est suffisamment confortable... Vous pouvez bouger, si vous le souhaitez, n'importe quand au cours de la séance pour augmenter votre confort... »

« Vous pouvez prendre un instant pour prêter attention à votre respiration, dont le rythme change au fur et à mesure que votre corps s'apaise, tout comme votre cœur et votre circulation, alors que vous entrez dans un état de profonde détente... Tous les muscles se relaxent, votre esprit devient paisible. Comme ça, vous êtes plus libre

avec vous-même. Prenez le temps de sentir l'air qui vient gonfler vos poumons... de la température de l'air qui passe... [...] ...»

Enrichir l'induction en se focalisant sur la respiration au besoin.

« Et si vous en avez envie, vous pouvez aller vous balader dans un endroit que vous aimez bien, où vous vous sentez bien, en sécurité. Chacun d'entre nous avons un endroit où nous aimons bien aller, où nous nous sentons très bien et libre... Nous y allons quelquefois, ou souvent, ou autrefois, ou parfois. Chacun le nôtre. Et quand vous y êtes... à votre rythme, vous pouvez me le faire savoir par un petit signe. »

(Signaling)

Approfondissement :

Faire explorer ce lieu en **détail** et approfondir la transe de la manière dont il vous convient le mieux (confusion, lévitation du bras, ...). Il est intéressant d'explorer les sensations pour orienter vers une « reconnexion » dans la perception du corps sans parler du tabac.

(Exemples)

« Très bien, vous y êtes... Là, dans cet endroit, vous pouvez voir tout ce qu'il y a à voir avec les yeux de votre esprit. Voir ce qu'il y a devant vous. Si vous faites un quart de tour sur la droite, la droite devient devant vous. En faisant encore un quart de tour sur la droite, ce qui est maintenant devant vous était ce qui était derrière vous. Encore un quart de tour sur la droite et vous retrouvez votre gauche qui a été derrière vous. Encore un quart de tour et vous retrouvez ce qui a été sur votre gauche, derrière vous et qui est devant vous à nouveau. Et vous pouvez entendre tout ce qu'il y a à entendre, ce qui vient de la gauche, ce qui vient de derrière, ce qui vient de la droite, ce qui vient de l'avant, et ce qui vient d'un peu partout. Il y a aussi des odeurs. Et vous pouvez retrouver toutes les bonnes sensations de cet endroit où vous vous sentez si bien... »

« Vous entrez dans de profondes sensations de bien-être, très profondes, aussi profondes que votre esprit inconscient le souhaite. »

« Automatiquement... votre respiration vous fait entrer plus confortablement dans votre expérience... »

« Il n'y a rien à faire de spécial... pour profiter de ce bien-être. »

« Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour retrouver tous les éléments de cet endroit... Vous pouvez voir les couleurs et ressentir tout ce qu'il y a à ressentir... Tous ces détails qui enrichissent le décor, en vous... En sécurité... De manière confortable, de prendre soins d'explorer tous ce que vous voulez... »

« En sécurité, en profitant de votre liberté intérieure... des tous ces détails qui sont autant de ressources en vous... »

« Ressentez l'équilibre particulier de votre corps dans l'action que vous êtes en train de vivre. »

...

Transition :

« Vous pouvez savourer cet endroit, savourer votre liberté... Elle peut grandir tant qu'elle veut et aussi longtemps qu'elle le souhaite... il y aura toujours de la place en vous pour les sensations qui accompagnent votre liberté... Car d'anciens besoins vont disparaître et laisser la place à de nouvelles sensations agréables... »

Un discours asymétrique sur le tabac :

« Et maintenant, je vais vous parler du tabac. On parle partout des inconvénients du tabac et on a raison. On parle partout de tous ses effets négatifs sur la santé, les risques de cancer du poumon ou d'ailleurs, d'atteinte du cœur ou des vaisseaux, et aussi sur le porte-monnaie. On a raison. Et on oublie une chose. »

« La chose qu'on oublie, c'est que personne ne fumerait si le tabac n'avait que des inconvénients, que des effets négatifs. Les fumeurs ne sont pas plus idiots que les autres. La chose qu'on oublie, c'est que le tabac a plein d'avantages, plein d'effets positifs. Alors, il nous faut considérer ensemble tous ces effets positifs avec une grande attention, avec beaucoup de soin... »

« Par exemple, le tabac stimule la pensée. Il stimule la digestion. Il permet de se donner le temps de la réflexion devant un problème. Il occupe quand on est désœuvré. Il calme quand on a une appréhension. Il donne une contenance quand on est intimidé. Et quand on est plusieurs personnes à fumer ensemble, c'est comme si on se tenait par la main : c'est convivial. Il a encore bien d'autres effets positifs. »

« Alors voilà : plein d'avantages et plein d'inconvénients, plein d'effets positifs et plein d'effets négatifs. Les inconvénients du tabac sur la santé et le porte-monnaie, on va les appeler le « prix » à payer pour avoir les effets positifs extraordinaires du tabac. La seule question à se poser, c'est... »

« Quel prix, moi, suis-je prêt à mettre pour avoir tous ces effets positifs ? » »

« Vous savez, chaque personne est aussi unique que ses empreintes digitales. Certaines personnes trouvent qu'à ce prix-là, c'est exorbitant, d'autres que c'est bradé, d'autres que c'est trop cher, ou que le prix est correct, ou un peu cher. Chacun évalue ce qui est bon pour lui. La seule question à se poser, c'est... »

« Quel prix, suis-je prêt à mettre pour avoir tous ces effets positifs ? » »

« Pour répondre à cette question, n'écoutez personne, même pas vos proches. Et n'écoutez surtout pas les donneurs de leçon de morale : les conseillers ne sont pas les payeurs. Chacun d'entre nous mène sa vie comme il peut et du mieux qu'il peut. Examinez cette question dans votre for intérieur, dans votre intimité à vous, là où personne d'autre que vous ne va. Retirez-vous dans votre intimité et examinez la question « Quel prix, suis-je prêt à mettre pour avoir tous ces effets positifs ? » »

« C'est vous qui décidez, vous êtes libre, vous choisissez... »

« Vous pouvez décider d'arrêter, continuer, arrêter, arrêter, continuer, arrêter, continuer, arrêter définitivement, un certain temps, six mois, deux jours, deux semaines, définitivement, continuer, redécider cinq jours, redécider définitivement, arrêter continuer, arrêter... »

« Vous avez le choix, vous êtes libre, vous décidez. »

On intègre le travail :

« Et maintenant, il va se passer trois choses.

La première, c'est que dans les trois minutes qui viennent, votre inconscient, votre partie bienveillante, va prendre tout le temps du monde hypnotique pour intégrer bien profondément ce que nous venons de dire.

La seconde, c'est que dans les trois minutes qui viennent, avec une autre partie de votre esprit, vous allez reprendre votre balade en esprit dans cet endroit que vous aimez tellement, où vous vous sentez si bien, pendant que votre inconscient fait son travail. Prenez tout votre temps intérieur pour la déguster.

La troisième, c'est que, pendant ces trois minutes, je vais me taire pour permettre à la partie inconsciente de votre esprit d'intégrer ce que nous venons de dire et à l'autre partie de continuer sa balade très agréablement et très profondément confortable.

Ensuite, je vous parlerai encore un petit peu. Allez-y. Baladez-vous. »

[Silence d'environ trois minutes]

Suggestion permissive d'amnésie et de renforcement :

« C'est très bien. Vous allez découvrir dès la fin de cette expérience cette agréable sensation... de bien être qui peut maintenant faire surface à chaque fois qu'une autre sensation se présente, et toute cette agréable sensation de liberté et de bien-être retrouvé peut échapper à votre esprit conscient parce qu'elle va revenir au moment propice pour remplacer toute autre sensation... Vous savez que vous êtes capable de vous libérer vous-mêmes et pouvez en être fier, et vous pouvez ressentir le plaisir de contentement et également une plus grande confiance en vous... prêt(e) à refaire cette balade à chaque fois que vous en aurez besoin... Vous ne dépendez de rien ni de personne d'autre au monde pour vous donner ce genre de confort... Ce confort dépend uniquement de vous, il est en votre possession, dans vos capacités... Vous avez votre propre capacité de faire ce que vous avez décidé de faire... Jusqu'à notre prochaine rencontre... vous sentirez que ce changement va se poursuivre au-delà de cette séance et grandit de jour en jour... ... C'est très bien. Et laissez dans votre hypnose tout ce que vous voulez laisser, et ramenez avec vous tout ce que vous voulez ramener... comme les morceaux d'un ciel... ou le vent frais emporte les nuages à emporter, et laisse la place à un ciel libre et apaisé... »

Sortie de transe :

« Quand vous le voudrez, à votre rythme, vous pourrez faire trois profondes respirations, et à la fin de la troisième, ouvrir les yeux, pour reprendre, souriant(e), harmonisé(e) et tonifié(e) le cours de votre matinée/soirée/après-midi. »

Réorientation et terminaison (mêmes gestes et ou phrases que pendant les préliminaires de la séance) / Etirements

Ratification de la transe

Complimentez l'exercice

Annexe 3. Scripts hypnotiques (J7) et (J30)

Script hypnotique (J7) et (J30)

Protocole HYPNO-TSN-S

Scripts hypnotiques (J7) et (J30)

Voici quelques exercices qui peuvent s'avérer utiles pour les consultations de suivi dans le sevrage tabagique.

Vous pourrez vous adapter en fonction des retours des patients et de l'entretien sur le tabac fait en début de consultation. Si le patient pointe une difficulté précise, une impossibilité à se défaire du tabac, alors il peut être judicieux d'évoquer des exercices en rapport avec les croyances ou blocages du patient.

Vous pouvez simplement renforcer les exercices d'auto-hypnose si le patient maîtrise son sevrage ou le consolider avec des exercices plus approfondis.

L'induction sera également à adapter en fonction de l'exercice que vous allez faire. L'induction par la respiration peut être faite si elle avait été bien intégrée lors de la première séance. L'auto-hypnose sera à adapter en fonction des retours des patients, de la séance et des objectifs.

Dans tous les cas, vous pouvez intégrer cette structure de séance :

1. Préalables (informations, anamnèse du thème de la séance, ...)
2. Préliminaires de la séance (installation → inclure contexte, synchronisation, ancrage d'amnésie de la séance, signaling, phrase secours : « Prenez la position qui vous convient le mieux et fermez les yeux. Vous pouvez, si vous le souhaitez, interrompre à tout moment : il vous suffit de faire une grande respiration et d'ouvrir les yeux, dialoguer si vous le désirez et reprendre l'exercice. »)
3. Induction
4. **[Approfondissement et intervention thérapeutique]**
Outils de changement = suggestions : indirectes et métaphores > directes
5. Suggestion post-hypnotique (de changement à venir (surprise), indirecte d'amnésie, d'autohypnose, de renforcement du moi, ...)
6. Sortie de transe : « Quand vous le voudrez, à votre rythme, vous pourrez faire trois profondes respirations, et à la fin de la troisième, ouvrir les yeux, pour reprendre, souriant(e), harmonisé(e) et tonifié(e) le cours de votre matinée/soirée/après-midi. »
7. Réorientation / Etirements
8. Ratification de la transe
9. Complimentez l'exercice

1

1. Ressources :

Vous pouvez faire un accompagnement dans un lieu de sécurité ou dans un apprentissage réussi, un endroit agréable ou le patient peut trouver de manière sécurisée ses propres ressources. Vous pourrez explorer en détail cet endroit en prenant le temps d'approfondir la transe en valorisant ses ressources.

Utilisez les éventuelles croyances du patient et/ou des constructions métaphoriques. Il est possible de faire un ancrage.

2. Constructions métaphoriques du changement (peuvent s'intégrer à l'exercice précédent) :

- Ballade en montagne et regarder le chemin parcouru,
- Les chemins du choix : proposez un chemin en nature (en forêt par exemple) qui devient moins confortable, de plus en plus compliqué à suivre, ... Jusqu'à une patte d'oie, avec d'un côté, ce même chemin qui se poursuit connu et inconnu... et de l'autre un nouveau chemin inconnu... qui conduit à un nouvel endroit, de nouvelles perspectives, un nouvel horizon.
- Dire au revoir à un vieil ami que l'on conduit sur le quai de la gare,
- Le prisonnier,
- Everest, K2, ...
- Changements de la nature (cycle de l'eau, lune et planètes, ...)
- ...

3. Mouvement naturel :

Vous pouvez faire un accompagnement dans un lieu de sécurité, ou dans un apprentissage réussi. Vous pourrez explorer en détail cet endroit en prenant le temps d'approfondir la transe en valorisant ses ressources.

Dans un second temps vous pouvez inviter le patient à profiter de mouvements naturels, tel que le courant d'un fleuve, d'une rivière, ou des nuages qui passent guidés par le vent. Puis faire vivre une action dans un milieu naturel. Comme par exemple une descente en canoé en insistant sur les canaux sensoriels.

« Peut-être êtes-vous déjà prêt pour commencer ce mouvement... cette descente amusante... (signaling)... »

Permettre au patient de faire confiance à son équilibre et son envie d'avancer dans ce mouvement naturel, tout en maintenant l'attention sur les différents obstacles qu'il pourrait heurter. En sécurité l'amener à franchir ses obstacles en prenant le temps de profiter avec joie des mouvements de l'eau parfois rapide et parfois plus calme. Et faire vivre la fierté de franchir les obstacles étape par étape. Sans parler du tabac.

L'accompagner dans ce mouvement naturel et amusant jusqu'à faire vivre l'arrivée de cette action / course « Peut-être que vous apercevez une arrivée, votre objectif... Cet endroit qui signe votre réussite... Il y aura un avant et un après votre arrivée... » « Et je me demande avec quelle facilité vous allez pouvoir le faire... » Faire visualiser et vivre émotionnellement la réussite.

4. Lévitacion et libération :

L'induction se focalisera sur la respiration. En imaginant qu'à chaque inspiration de l'oxygène, de la vie, de l'énergie entre, et qu'à chaque expiration, les problèmes, les toxines, les difficultés sortent.

Faire une lévitation du bras dans un lieu de sécurité, avec des ballons accrochés au poignet, qui se gonflent de la fumée et des problèmes à chaque expiration. Le bras monte et on « libère » le ballon en coupant la ficelle. Les ballons s'envolent et disent adieu en remerciant pour la liberté rendue.

5. Constructions métaphoriques aversives indirectes :

Vous pouvez faire évoquer en détail des images appréciées par la personne : image de calme, de beauté, de netteté, de propreté, de nature (par exemple). Puis les salir progressivement. Exemple : une promenade dans une forêt de sapins qui arrive près d'une route que l'on asphalté (n'employer que le mot "asphalte", pas goudron.) Décrire les sensations du P.V.A.K.O.G avant et après l'arrivée sur la route. Puis laisser choisir les sensations avant de repartir dans cette promenade. Il est possible que le patient veuille agir sur cette route, l'accompagner dans ce cas. Vérifier bien (signaling / parole) le parcours du patient dans son hypnose.

6. Restauration de l'aversion universelle du corps :

Accompagnement dans un lieu de sécurité, un endroit agréable (connu ou non par l'hypnothérapeute) où le patient peut trouver de manière sécurisée des ressources personnelles. (Signaling)

« Très bien. Maintenant que vous êtes agréablement en sécurité... Il est important que vous sachiez... que pour pouvoir continuer à fumer, l'être humain s'anesthésie... Le corps et l'esprit... n'aiment pas le tabac... Les informations de rejet que le corps donne quand on commence la cigarette sont en vous... comme quand les poumons toussent, quand la gorge brûle, ou que les nausées vous alertent... malheureusement le tabac les a endormies... Je vais vous poser une question..... Est-ce que.....

Vous voulez éveiller de nouveau contre le tabac ? » (Signaling)

« Excellent. Comme vous le savez, le tabac est un parasite... Un parasite qui vit aux dépens de celui ou de celle qui l'héberge. Il vous prend vos forces, il vous prend votre temps, votre argent, votre souffle et au final votre vie... »

« Maintenant je vous demande de porter attention à votre corps et à toutes ces sensations qui existent et auxquelles d'habitude vous n'êtes pas attentif... de porter attention à vos pieds sur le sol... vos bras, de peut-être sentir leur poids ou vos cuisses et le tissu qui les entoure... d'écouter les sensations qui se confondent, de légèreté... et de ressentir peut-être de la pesanteur, mais qui ne vous empêche pas de ressentir de la légèreté... Certaines zones sont peut-être encore tendues pendant que d'autres se desserrent, se dénouent... Si votre esprit va trop vite ou s'égare, il est automatiquement ramené par votre respiration... qui de manière, continue... à vous apaiser... vous pouvez choisir une partie de votre corps, un pied, ou une main, une partie de main ou un doigt... du pied gauche ou de la main droite... Vous n'avez pas besoin de chercher à vous détendre... pour faire l'exercice « relâcher ». La sensation de relâchement pourra s'installer dans n'importe quel endroit de votre corps. Je vous demande de vérifier que vous avez bien relâché musculairement quelques fibres ou ligaments. Cela peut se produire dans la mâchoire ou dans le ventre ou dans une jambe ou ailleurs selon votre préférence. Ce relâchement peut se diffuser agréablement... A votre rythme, en sécurité... vous n'êtes pas obligé de sentir ce relâchement... maintenant, il peut être infime ou diffus, et peut-être me le faire savoir lorsque ce relâchement sera suffisant... (signaling)... Très bien. Cela veut dire que votre partie bienveillante, votre inconscient, se détache de ce parasite déjà loin... (Si pas de signaling, poursuivre l'exercice – « ne forcez pas les sensations, si le relâchement ne vient pas, il est possible que votre corps préfère l'indifférence. »)

Il est possible que votre corps veuille également utiliser le dégoût pour se détacher de cette plante toxique. Vous pouvez porter votre attention à votre bouche, votre langue... peut-être même avaler de la salive... (ratifier) ... est-ce qu'il reste sur votre palais ou sur vos gencives quelques débris toxiques qui provoquent une sensation amère ou pâteuse ?... Vous pouvez, si vous le souhaitez, laisser venir vos sensations... (Si signaling, ratifier « Très très bien... votre corps rejette cette plante toxique, vous retrouvez votre allergie à cette substance qui ne peut plus revenir... » poursuivre l'exercice) Maintenant est-ce que dans votre estomac apparaissent quelques nausées en rapport avec toutes ses glaires chargées de toxine ? (Si signaling, ratifier « Bien... votre corps rejette cette substance toxique définitivement... »)

Ne forcez pas les sensations, si le dégoût ne vient pas, il est possible que votre corps préfère l'indifférence pour se détacher dans la tranquillité... Je ne sais pas si c'est sur une zone... ou sur le visage entier que vous pouvez sentir cette sérénité... aussitôt que vous la ressentez, ça confirme cette indifférence... Donc il y a de l'indifférence... or une simple indifférence est suffisante... car la distance entre vous et ce parasite est désormais installée... Cette distance peut prendre l'allure d'une méfiance envers une plante toxique... Exactement la même que celle envers un champignon vénéneux... Une méfiance indélébile, qui va pouvoir s'entretenir... vous avez bien voulu interposer une cloison entre vous et ce qui vous a fait du mal... Prenez le temps nécessaire, pour la visualiser, pour que votre partie bienveillante, bâtisse durablement cette cloison... car le non conscient dirige ce travail... et saura l'entretenir durablement.

(Laisser le temps d'intégrer)

Maintenant, ressentez la différence entre vous et ceux qui sont encore dans le labyrinthe... vous êtes en dehors, vous évoluez à l'air libre... vous venez de résoudre un problème pervers qu'on vous a posé il y a longtemps... vous avez la liberté de vous défendre... vous avez le dégoût ... vous avez la nausée... vous avez l'indifférence... le plaisir de respirer et pour finir l'essentiel, le plaisir de vivre. Ces mots et ces sensations vont rester gravés dans votre cerveau, dans votre mémoire. Ils ont été entendus, ils font partie de vous, ils vous conviennent pour l'essentiel, ils répondent à la demande de votre corps, de votre peau, de vos artères, de vos poumons, qui attendaient ça depuis longtemps.

Après le détachement vient la convalescence. A partir de maintenant, votre corps va pouvoir commencer à se laver définitivement, se cicatriser, à se désenflammer, se réparer... Ressentez votre convalescence... Vous forces reviennent déjà... Vous pouvez retrouver votre équilibre et rester équilibré... Vous serez indifférents aux situations qui pourraient nuire à votre belle guérison... Les forces vont revenir peu à peu... Votre guérison se fera confortablement. Car vous prendrez le temps, de profiter de votre choix, dans un environnement que vous rendez le plus favorable possible... »

7. Progression en âge dans un futur sans tabac :

Faire une induction soignée et profonde (semer, confusion, lévitation, distorsion, structurer l'amnésie ...)

Progression en âge (présuppositions, doubles liens, dissociation conscient / non conscient, désorientation temporelle et spatiale, métaphores, ...)

S'assurer que le patient vit véritablement l'expérience (signaling / parole)

Faire vivre l'expérience du moment futur où le problème a disparu avec tous ses sens (VAKOG et la position du corps) et toutes ses émotions. Il est possible de proposer de se réorienter vers un moment précis de l'avenir.

Vous pouvez faire une suggestion post-hypnotique avec ancrage et amnésie. La réorientation et terminaison de la séance doivent être également soignées.

8. Déprogrammation :

« Vous avez un ordinateur ?... (Oui) Lorsque vous ne voulez plus d'un programme dans l'ordinateur, vous faites quoi ?... Vous le désinstallez ou vous appelez un informaticien qui va dans le disque dur de votre ordinateur, trouver le logiciel, avec tous ses fichiers et sous fichiers, et quand tout est calé, il appuie sur une touche et l'ordinateur désinstalle le programme. Une petite barre défile et personne ne sait exactement ce qui se passe dans le disque dur... n'est ce pas ? ... Et à la fin, l'ordinateur vous demande si vous voulez faire arrêter-redémarrer, et alors le programme est désinstallé, n'est-ce-pas ? Voyez-vous l'hypnose c'est pareil. Vous avez dans votre disque dur, que nous appelons inconscient, un programme tabac. Quand vous allumez l'ordinateur le matin, vous avez ce programme tabac en page de garde, et périodiquement toutes les 30 à 60 minutes, il se met en route, et vous ne pouvez rien faire d'autre que suivre le programme. Il vous coupe dans votre vie et vous êtes obligé de le subir, n'est-ce pas ?... Bien, l'hypnose est une procédure technique qui va vous permettre de désinstaller définitivement ce programme dont vous ne voulez plus. Si votre inconscient accepte maintenant de faire cette déprogrammation, vous aurez quoi à la fin de la procédure ? Une indifférence.

Vous vous ficherez de la cigarette, même en présence d'amis fumeurs et vous serez indifférents à ce qu'ils font. L'idée peut vous traverser l'esprit d'en prendre une, et elle passe aussi rapidement. Il n'y aura plus de programme et vous serez indifférent.

Si votre inconscient accepte de désinstaller ce programme tabac, il ne mettra rien d'autre. Votre inconscient est bienveillant et il ne remplacera pas ce programme par un autre qui pourrait vous importuner. Il n'y aura pas de programme qui rende votre indifférence moins confortable. Vous serez juste indifférent au tabac, avec une sensation de liberté retrouvée. Vous voulez le faire ? »

- Vous pouvez faire une induction par un exercice tel que la méthode de Rossi ou la technique des cinq doigts, l'important c'est de mettre en place d'une dissociation conscient / inconscient perceptible par le patient. Les directives impliquées, appositions des contraires et doubles liens peuvent enrichir ce parcours.
- Puis vous pouvez approfondir la transe avec un discours de suggestions et truismes de mise à distance du tabac (guérison, indifférence). Ensemencement d'amnésie possible pendant l'exercice. Susciter les processus inconscients et enrichir d'une métaphore spécifique de changement.
- Enfin faire une suggestion indirecte d'amnésie et une suggestion de renforcement. Sortie de transe avec ratification de tout mouvement ou l'absence de mouvement pour valider la réponse inconsciente et donc la déprogrammation.

Annexe 4. Autohypnose

Autohypnose

Voici quelques brèves informations pour vous accompagner dans vos premiers exercices d'autohypnose. Même si ces exercices peuvent paraître moins faciles que prévu ; ils vont le devenir. Plus vous en ferez et plus facile ce sera. Ils prendront de moins en moins de temps et ils deviendront encore plus efficaces. Lorsque vous maîtriserez suffisamment l'autohypnose elle pourra vous accompagner au quotidien. Ce que vous ferez en 15 min au départ se fera en 3 min par la suite.

Puis vous développerez à votre manière ce qui vous convient le mieux.

Lisez ce texte avant de débiter l'exercice afin de pouvoir le faire en position assise les yeux fermés.

Vous pouvez, dans un premier temps, **choisir un endroit calme et propice à votre exercice** afin de vous y installer confortablement.

Vous pouvez prendre conscience de l'espace qui vous entoure, de ce que vous voyez au plus loin. Et lentement balayer votre regard autour de vous en vous rapprochant petit à petit jusqu'au plus proche de vous, jusqu'à **prendre conscience de votre position** sur la chaise ou sur le fauteuil. **Fermez les yeux** pour tourner votre regard vers l'intérieur. A votre rythme, **ressentez les sensations de l'instant présent, vos points d'appui, la température, les zones confortables...** Puis **centrez-vous sur votre respiration**. L'air que vous inspirez, qui est l'air que vous inspirez et l'air que vous expirez qui est l'air que vous expirez. Vous pouvez vous focaliser en détail sur votre respiration. A chaque respiration, l'air est libre et léger. Le cœur s'apaise et vous aussi. **Automatiquement votre respiration vous fait entrer plus confortablement dans votre hypnose.**

Aussitôt que vous êtes suffisamment confortable et libre avec vous-même. Vous pouvez commencer à vous **balader en esprit dans un endroit dans lequel vous vous sentez, en harmonie, en osmose et en sécurité**. Comme un paysage réel que vous avez connu (même brièvement) dans votre vie. Cela peut être également un moment de fierté ou de réussite que vous avez en souvenir.

L'important va être d'**explorer en détail cet endroit** et de vivre **tout ce que vous pouvez vivre**. Retrouvez ce que vous voyez, ce que vous sentez, les sonorités, les odeurs, et vos sensations dans cet endroit ... le plus précisément possible. Il est nécessaire que vos émotions vous accompagnent et vous renforcent. **Prenez le temps de vivre avec émotion cette expérience et de la diffuser dans votre corps.**

Enfin **prenez le temps de vous poser la question du tabac**, en votre for intérieur. **De choisir ce que vous voulez à la place ou si vous ne souhaitez rien changer.**

Faites quelques instants de pause pour accueillir vos sensations. Dans ce même temps vous pouvez profiter en esprit de votre endroit agréable.

Et tout doucement, vous pourrez vous recentrer sur votre respiration, de manière libre et apaisé.

Il vous suffit de **prendre plusieurs profondes respirations, de vous étirer et d'ouvrir les yeux.**

Pensez à prendre quelques minutes pour regarder autour de vous et vous tonifier.

(Vous pouvez faire cet exercice sans modération.)

Protocole HYPNO-TSN-S

Annexe 5. Consultations de sevrage tabagique (J0, J7 et J30) avec les notices des auto-évaluations à domicile (J2 et J15)

Patient |_|_|_|_|

Protocole HYPNO-TSN-S
J0 : 1^{ère} consultation (V1)

Première consultation (J0)

Nom du thérapeute :

Date |_|_| |_|_| |_|_|

Patient : présent absent

Date de la prochaine consultation de prévue en cas d'absence : |_|_| |_|_| |_|_|

- **Passation des questionnaires** : CWS-21 – FTCQ12 – FTND – HAM-A – MADRS
- **Consultation de sevrage tabagique** (EVA (x2) pendant la consultation)
- **Traitement** : TSN ou hypnose
- **Remise des auto-questionnaires pour J2**
- **Prise de rendez-vous de suivi pour la deuxième consultation de sevrage tabagique**

Échelle de sevrage de la cigarette
 (Cigarette Withdrawal Scale – 21 items (CWS-21), Etter JF, 2005)

Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec chacune des affirmations (a, b, c, d, ... u) en cochant le chiffre correspondant (1 = absolument pas d'accord à 5 = tout à fait d'accord). ➔ **IMPORTANT** : Veuillez répondre à toutes les questions.

1 = Absolument pas d'accord 2 = Plutôt pas d'accord 3 = Plus ou moins d'accord 4 = Plutôt d'accord 5 = Tout à fait d'accord

Dépression - Anxiété		1	2	3	4	5
a	J'ai le cafard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Je n'ai pas le moral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Je me sens inquiet/iète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Je me sens angoissé/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total a+b+c+d :						
Besoin urgent de fumer		1	2	3	4	5
e	J'ai une idée fixe, fumer une cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	La cigarette me manque terriblement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Je ressens un besoin irrésistible de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	J'ai envie de tenir une cigarette entre mes doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total e+f+g+h :						
Irritabilité - Impatience		1	2	3	4	5
i	Je suis irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Je me mets facilement en colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	Je manque de patience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	Je me sens nerveux/se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total i+j+k+l :						
Difficultés de concentration		1	2	3	4	5
m	J'ai de la peine à réfléchir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n	J'éprouve de la difficulté à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o	Il m'est difficile d'être attentive à mes tâches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total m+n+o :						
Appétit – Prise de poids		1	2	3	4	5
p	Je mange d'avantage que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q	Mon appétit est augmenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r	J'ai pris du poids récemment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total p+q+r :						
Insomnies		1	2	3	4	5
s	J'ai des insomnies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t	Je me réveille souvent pendant la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u	Le soir, il m'est difficile de m'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total s+t+u :						
Somme des 21 questions						

Patient | _ | _ | _ | _ |

French Tobacco Craving Questionnaire - 12 items (FTCQ-12)
« Questionnaire de manque tabagique »
Ivan Berlin et Florence Vorspan (2002)

INSTRUCTIONS : Indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations suivantes en cochant une case entre PAS DU TOUT D'ACCORD et TOUT À FAIT D'ACCORD.

Plus vous placez votre marque près d'une extrémité, plus vous indiquez la force de votre accord ou désaccord.

Remplissez chaque ligne s'il vous plaît. Nous cherchons à savoir ce que vous pensez ou sentez à cet instant, au moment précis où vous remplissez ce questionnaire.

1 - Une cigarette maintenant n'aurait pas un bon goût.

<i>Pas du tout d'accord</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Tout à fait d'accord</i>
	1	2	3	4	5	6	7	

2 - S'il y avait une cigarette ici, devant moi, il serait très difficile de ne pas la fumer.

<i>Pas du tout d'accord</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Tout à fait d'accord</i>
	1	2	3	4	5	6	7	

3 - Si je fumais maintenant, je pourrais réfléchir plus clairement.

<i>Pas du tout d'accord</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Tout à fait d'accord</i>
	1	2	3	4	5	6	7	

4 - Fumer une cigarette ne serait pas agréable.

<i>Pas du tout d'accord</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Tout à fait d'accord</i>
	1	2	3	4	5	6	7	

5 - Je ferais n'importe quoi pour une cigarette là maintenant.

<i>Pas du tout d'accord</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Tout à fait d'accord</i>
	1	2	3	4	5	6	7	

6 - Je me sentirais moins fatiguée si je fumais là, tout de suite.

<i>Pas du tout d'accord</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Tout à fait d'accord</i>
	1	2	3	4	5	6	7	

7 - Je fumerais dès que j'en aurai l'occasion.

<i>Pas du tout d'accord</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Tout à fait d'accord</i>
	1	2	3	4	5	6	7	

8 - Je ne serais pas capable de contrôler combien je fumerais si j'avais ces cigarettes.

<i>Pas du tout d'accord</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Tout à fait d'accord</i>
	1	2	3	4	5	6	7	

9 - Si j'avais une cigarette allumée en main, je ne la fumerais probablement pas.

<i>Pas du tout d'accord</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Tout à fait d'accord</i>
	1	2	3	4	5	6	7	

10 - Si je fumais, je me sentirais moins déprimée.

<i>Pas du tout d'accord</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Tout à fait d'accord</i>
	1	2	3	4	5	6	7	

11 - Il me serait facile de laisser passer l'occasion de fumer.

<i>Pas du tout d'accord</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Tout à fait d'accord</i>
	1	2	3	4	5	6	7	

12 - Je pourrais mieux maîtriser les choses si je pouvais fumer maintenant.

<i>Pas du tout d'accord</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Tout à fait d'accord</i>
	1	2	3	4	5	6	7	

Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)
Test de dépendance à la nicotine
(Test de Fagerström, Heatherton et al.)

1. Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les premières minutes	3
Entre 6 et 30 minutes	2
Entre 31 et 60 minutes	1
Plus de 60 minutes	0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?

Oui	1
Non	0

3. A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

La première le matin	1
N'importe quelle autre	0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

Oui	1
Non	0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1
Non	0

Score : / 10

Patient | _ | _ | _ | _ |

J0 : 1^{ère} consultation (V1)

HAM-A
(Hamilton Anxiety Rating Scale)

Cotation : 0 = rien 1 = faible 2 = modérée 3 = forte 4 = très forte

		0	1	2	3	4
1	Etat d'inquiétude : Tracas, anticipation du pire, anticipation effrayante, irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tension : Impression de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, facilité à fondre en larmes, tremblements, impression de ne pas pouvoir tenir en place, impossibilité de se détendre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Etat dépressif : Perte d'intérêt, manque de plaisir dans les loisirs, dépression, réveil matinal, agitation diurne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Conduite pendant l'entrevue : Oubli, tremblement des mains, front plissé, visage tendu, soupirs ou respiration courte, pâleur du visage, déglutition, rots, sursauts tendineux, mydriase, exophthalmie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Peurs – Frayeurs : De l'obscurité, des étrangers, d'être seul, des animaux, de la circulation (auto), des foules.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Intellect : Difficulté de concentration, mémoire défaillante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Insomnie : Difficulté de s'endormir, sommeil intermittent, sommeil non réparateur avec fatigue au réveil, rêves, cauchemars, terreurs nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Symptômes autonomes : Bouche sèche, érythrose, pâleur, tendance à transpirer, étourdissements, maux de tête pendant les périodes de tension, cheveux qui se dressent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Symptômes génito-urinaires : Fréquence de la miction, urgence de la miction, aménorrhée, ménorragie, frigidité, éjaculation précoce, baisse ou perte de la libido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Symptômes cardio-vasculaires : Tachycardie, palpitations, douleur thoracique, sensation des pulsations artérielles, impression de faiblesse (ou d'évanouissement), arythmie (extrasystole).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Somatique – sensorielle : Troubles de la vision (flou), bouffées de chaleur et sueurs froides, impressions de faiblesse (physique), sensations de picotement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Somatique – musculaire : Douleurs musculaires, sursauts musculaires, raideurs musculaires, secousses myocloniques, grincements des dents, voix hésitante (tremblotante), augmentation du tonus musculaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Symptômes gastro-intestinaux : Difficulté de déglutition, gaz, douleurs abdominales, sensations de brûlure, ballonnement abdominal, nausée, vomissements, borborygmes, relâchement des sphincters, perte de poids, constipation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Symptômes respiratoires : Sensation d'oppression, impression d'étouffement, soupirs, dyspnée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score : / 56

MADRS
 (Montgomery Asberg Depression Rating Scale)

	0	2	4	6
Tristesse apparente	<input type="checkbox"/> Pas de tristesse	<input type="checkbox"/> Semble découragé	<input type="checkbox"/> Paraît triste et malheureux la plupart du temps	<input type="checkbox"/> Semble malheureux tout le temps
Tristesse exprimée	<input type="checkbox"/> Tristesse occasionnelle (circonstances)	<input type="checkbox"/> Triste, se déride sans difficulté	<input type="checkbox"/> Sentiment envahissant de tristesse	<input type="checkbox"/> Tristesse, désespoir permanent
Tension intérieure	<input type="checkbox"/> Calme, tension intérieure passagère	<input type="checkbox"/> Irritabilité, malaise mal défini occasionnels	<input type="checkbox"/> Sentiments continuels de tension, panique intermittente	<input type="checkbox"/> Effroi, angoisse, panique envahissants
Réduction de sommeil	<input type="checkbox"/> Dort comme d'habitude	<input type="checkbox"/> Légère difficulté à s'endormir	<input type="checkbox"/> Sommeil réduit d'environ 2 heures	<input type="checkbox"/> Moins de 2 ou 3 heures de sommeil
Réduction de l'appétit	<input type="checkbox"/> Appétit normal ou augmenté	<input type="checkbox"/> Appétit légèrement réduit	<input type="checkbox"/> Pas d'appétit	<input type="checkbox"/> Ne mange que si on le persuade
Lassitude	<input type="checkbox"/> Pas de difficultés	<input type="checkbox"/> Difficultés à commencer des activités	<input type="checkbox"/> Les activités routinières sont poursuivies avec effort	<input type="checkbox"/> Grande lassitude. Nécessité d'aide
Incapacité à ressentir	<input type="checkbox"/> Intérêt normal pour l'entourage	<input type="checkbox"/> Capacité réduite à prendre plaisir	<input type="checkbox"/> Perte d'intérêt, perte de sentiments	<input type="checkbox"/> Sentiment de paralysie émotionnelle
Difficultés de concentration	<input type="checkbox"/> Pas de difficultés	<input type="checkbox"/> Difficultés occasionnelles	<input type="checkbox"/> Difficultés à maintenir son attention	<input type="checkbox"/> Incapacité à se concentrer
Pensées pessimistes	<input type="checkbox"/> Pas de pensées pessimistes	<input type="checkbox"/> Idées intermittentes d'échec	<input type="checkbox"/> Auto-accusation, culpabilité persistante	<input type="checkbox"/> Idées délirantes de ruine, d'auto-accusations
Idées de suicide	<input type="checkbox"/> Jouit de la vie	<input type="checkbox"/> Fatigué de la vie, idées de suicide passagères	<input type="checkbox"/> Il vaudrait mieux être mort, idées de suicide courantes	<input type="checkbox"/> Projets explicites de suicide
	Score : / 60			

Recherche de nouveaux éléments depuis la visite d'inclusion

Nouvelle pathologie / affection médicale récente ou aggravation d'une pathologie en cours ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

Changement de traitement (ou thérapie) depuis la visite d'inclusion ? OUI NON

Si OUI, précisez :

Consommation d'autres substances psychoactives (cannabis, cocaïne, héroïne, ...) ou comportements addictifs (jeux, bigorexie, ...) depuis la visite d'inclusion ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

Début d'une nouvelle pratique sportive ou changement de pratique depuis la visite d'inclusion ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

Consultation de sevrage tabagique

Bilan tabagique

Nombre de cigarettes fumées / jour actuellement :

Combien en moyenne fumez-vous chaque jour de :

- Cigarettes manufacturées achetées en paquet :
- Cigarettes roulées :
- Cigarillos :

Fumez-vous ou consommez-vous les produits suivants (cochez les cases correspondantes)

NON

OUI :

- Cigare
- Pipe
- Tabac à mâcher
- Snus
- Narguilé / Chicha
- Ploom
- Autres produits, précisez

Utilisez-vous une cigarette électronique ? OUI NON

Veillez rappeler la nécessité d'absence d'utilisation de tout autre thérapeutique de sevrage tabagique hormis celle du groupe concerné (TSN ou Hypnose) pendant le mois d'évaluation de l'étude.

Quel est votre objectif en venant en consultation de tabacologie ?

- Je voudrais arrêter de fumer complètement
- Je voudrais réduire ma consommation de tabac

Qui vous a conseillé de vous sevrer en tabac ? (Choisissez une seule réponse)

- Hospitalisation (avant, pendant, après, médecin hospitalier)
- Demande de l'entourage
- Médecin traitant
- Médecin spécialisé dans les addictions
- Médecin du travail
- Pharmacien
- "Tabac info service"
- Campagne publicitaire
- Aucune de ces personnes / institutions, c'est une démarche personnelle

Patient |_|_|_|_|

Fumez-vous à l'intérieur de votre habitation ? OUI NON

Qui fume autour de vous ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Personne | <input type="checkbox"/> Parent de premier degré ne vivant pas avec vous |
| <input type="checkbox"/> Conjoint ou partenaire vivant avec vous | <input type="checkbox"/> Autres personnes vivant avec vous (co-locataire...) |
| <input type="checkbox"/> Conjoint ou partenaire ne vivant pas avec vous | <input type="checkbox"/> Collègues de travail |
| <input type="checkbox"/> Parent de premier degré (enfants, parents, frères-sœurs) vivant avec vous | <input type="checkbox"/> Ami |
| | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |

À quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? à |_|_| ans

Consommation moyenne depuis cet âge :

Contexte de début des consommations et effets recherchés :

Combien de fois avez-vous déjà arrêté de fumer complètement pendant au moins 7 jours (aucune cigarette) ? :

De quelle manière avez-vous arrêté de fumer ?

(Qu'est ce qui a marché ? Comment avez-vous fait pour réussir ?)

-
-
-
-
-

Patient |__|__|__|__|

Durée maximale d'abstinence :

Date (approximative) de la dernière tentative :

Changement de consommation tabagique au cours du dernier mois ? OUI NON

Si OUI, précisez :

Changement de consommation tabagique depuis la visite d'inclusion ? OUI NON

Si OUI, précisez :

Consommation tabagique de la journée

Nombre de cigarettes depuis le lever : |__|__|

Temps écoulé depuis la dernière cigarette : |__|__| minutes heures jours

Méthodes déjà utilisées pour l'arrêt du tabac (avec ou sans succès)

- Aucune
- Substituts nicotiques (précisez : patch, gommes, inhaleurs...) :
- Bupropion (Zyban®)
- Varenicline (Champix®)
- Cigarette électronique
- Conseils ou consultations d'un spécialiste du tabac
- Consultations téléphoniques
- Interventions par internet
- Psychothérapie comportementale
- Hypnose
- Acupuncture
- Autre (précisez) :

Quelles ont été les causes de rechute ?

- Aucune
- Moment convivial
- Difficultés de concentration
- Manque, pulsions à fumer
- Troubles du sommeil
- Irritabilité, colère
- Agitation
- Tendence dépressive
- Anxiété
- Prise de poids
- Autre (précisez) :

Remarques éventuelles :

Évaluez par une note de 0 à 10 les raisons qui vous poussent à fumer ou pensez-vous avoir recommencé à fumer

Entourez le chiffre qui correspond à la réponse : **0** signifie "Jamais" et **10** signifie "Toujours".

Je fume...	Jamais	←————→	Toujours								
- parce que c'est un geste automatique	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- par convivialité	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour le plaisir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour combattre le stress	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour mieux me concentrer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour me soutenir le moral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour ne pas grossir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Autre (précisez) :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Remarques éventuelles :

Patient |_|_|_|_|

Pourquoi voulez-vous arrêter de fumer ? En quoi est-ce un problème ?

-
-
-
-
-

Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie professionnelle en lien avec votre consommation de tabac ?

Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie familiale en lien avec votre consommation de tabac ?

Quelle somme d'argent consacrez-vous au tabac chaque semaine en moyenne ?

Vous pouvez détailler au besoin

Je fume cigarettes par jour.

Je fume paquets par jour (à raison de 20 cigarettes par paquet).

Soit paquets par semaine.

Ce qui représente paquets par mois.

Chaque paquet coûte environ euros.

Ce qui signifie que je dépense euros par mois.

..... euros x 12 mois = euros par an.

Soit euros sur 5 ans.

Quelles sont les choses positives que vous apporte le fait de fumer ?

-
-
-
-
-

Patient | _ | _ | _ | _ |

Que craignez-vous en arrêtant de fumer ? « En essayant d'arrêter de fumer, j'ai peur de... »

-
-
-
-
-

Qu'est-ce que vous attendez de cet arrêt du tabac, que voulez-vous à la place ?

-
-
-
-
-

➡ **Faire remplir : les deux EVA (motivation et confiance)**

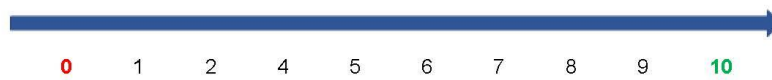
Échelle visuelle analogique de la motivation pour arrêter de fumer

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

0 signifie : « Ce n'est pas du tout important »

10 signifie : « C'est extrêmement important »

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse



Échelle visuelle analogique de la confiance au succès du sevrage

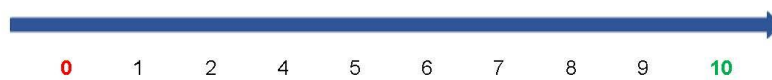
Avez-vous confiance dans votre capacité à arrêter de fumer ?

Si vous arrêtiez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous votre capacité de réussite ?

0 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas »

10 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai »

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse



Penser à rappeler au patient que les faux pas (consommation ponctuelle) sont prévisibles et font partie des étapes vers la réussite.

Prévenir l'effet de violation de l'abstinence en aidant le patient à :

- Contre le sentiment de culpabilité
- Repérer les conditions dans lesquelles il a repris une cigarette
- **Travailler les alternatives à mettre en place lors de situations à risque**
- Renforcer ses compétences et ses expertises

Il est recommandé d'anticiper la survenue possible de symptômes de sevrage malgré la prise en charge et d'en informer le patient :

- . Irritabilité, frustration ou colère
- . Insomnies
- . Anxiété
- . Difficulté de concentration
- . Augmentation de l'appétit
- . Fébrilité
- . Troubles de l'humeur

Cette étude permet de surveiller attentivement l'apparition des symptômes de sevrage.

C'est une des raisons pour lesquelles il est nécessaire de remplir les questionnaires au domicile afin de mieux évaluer le sevrage tabagique et ainsi adapter en conséquence la prise en charge lors des consultations de suivi.

Scores des questionnaires (J0)

1. Échelle de sevrage de la cigarette

. Score Cigarette Withdrawal Scale – 21 items (CWS-21) :

2. Questionnaire de manque tabagique

. Score French Tobacco Craving Questionnaire - 12 items (FTCQ-12) :

3. Dépendance

. Score Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) :

4. Anxiété

. Score **HAM-A** (Hamilton Anxiety Rating Scale) :

5. Dépression

. Score **MADRS** (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) :

6. Échelle visuelle analogique (EVA)

. De la motivation pour arrêter de fumeur :

. De la confiance au succès du sevrage :

Si score MADRS > 35 ou HAM-A > 29, présence d'éléments clinique de gravité (idées délirantes, idées suicidaires, ...)? OUI NON

Si OUI, précisez :

➡ Veuillez noter l'orientation faite du patient (urgences, hospitalisation, ...) :

➡ Sortie de l'essai :

Traitement de substitution nicotinique

groupe TSN

Démarche souhaitée par le patient au terme de la consultation

- Réduction du tabac (précisez) : |__|__| cigarettes
 Arrêt total du tabac

Traitement de substitution nicotinique prescrit

Dispositif transdermique ou patch (dose par 24 h) :

- 7 mg
 14 mg
 21 mg

Si prescription d'interdoses :

Gommes 2 mg 4 mg Ou **Comprimés à sucer** 2 mg

Nombre prescrit par jour |__|__|

- ➔ Veuillez remettre l'ordonnance explicative au moment de la délivrance des substituts ainsi que la plaquette d'information sur les substituts nicotiniques.
- ➔ Veuillez demander au patient de ramener le conditionnement délivré (blister ou boîte ; même vide) ainsi que les traitements de substitution non utilisés.
- ➔ Veuillez remettre la notice d'information pour J2 ainsi que les auto-questionnaires en ayant mis le numéro du patient sans oublier d'expliquer au patient la manière de faire.
- ➔ Veuillez vérifier la date de la consultation à J7 +/- 1 jour (carte participant).

Veuillez rappeler l'absence d'utilisation de tout autre thérapeutique de sevrage tabagique hormis celle du groupe concerné (TSN ou Hypnose) pendant le mois d'évaluation de l'étude et de la possibilité de contacter le médecin traitant ou le thérapeute de l'étude en cas de nécessité.

Patient |_|_|_|_|_|

Protocole HYPNO-TSN-S
J0 : 1^{ère} consultation (V1)

HYPNOSE

groupe Hypnose

Démarche souhaitée par le patient au terme de la consultation

- Réduction du tabac (précisez) : |_|_| cigarettes
- Arrêt total du tabac

Remarques éventuelles concernant la séance :

-
-
-
-
-

- ➡ Veuillez remettre la fiche d'auto-hypnose.
- ➡ Veuillez remettre la notice d'information pour J2 ainsi que les auto-questionnaires en ayant mis le numéro du patient sans oublier d'expliquer au patient la manière de faire.
- ➡ Veuillez vérifier la date de la consultation à J7 +/- 1 jour (carte participant).

Veuillez rappeler l'absence d'utilisation de tout autre thérapeutique de sevrage tabagique hormis celle du groupe concerné (TSN ou Hypnose) pendant le mois d'évaluation de l'étude et de la possibilité de contacter le médecin traitant ou le thérapeute de l'étude en cas de nécessité.

Auto-évaluations à domicile (J2)

A faire le |_|_| |_|_| |_|_|

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint **l'échelle de sevrage de la cigarette (CWS-21)** et le **questionnaire de manque tabagique (FTCQ-12)** à remplir deux jours après de votre première consultation de sevrage tabagique.

Ils serviront à améliorer votre prise en charge lors de la consultation de suivi et à recueillir des informations concernant votre vécu du sevrage tabagique.

Vous indiquerez simplement ce que vous pensez ou sentez au moment précis où vous remplissez ces questionnaires.

Les questionnaires remplis seront à amener lors de votre prochaine consultation.

En vous remerciant de votre participation.

Deuxième consultation (J7) +/- 1 jour

Nom du thérapeute :

Date |_|_| |_|_| |_|_|

Patient : présent absent

Date de la prochaine consultation de prévue en cas d'absence : |_|_| |_|_| |_|_|

Récupération des auto-questionnaires faits à J2

- Veuillez noter la date à laquelle les questionnaires ont été faits ainsi que les scores
- Les questionnaires faits à J2 sont à joindre au cahier d'observation

Date |_|_| |_|_| |_|_|

Difficultés pour les remplir / remarques éventuelles :

.....

- 1. Échelle de sevrage de la cigarette**
 - Score Cigarette Withdrawal Scale – 21 items (CWS-21) :
- 2. Questionnaire de manque tabagique**
 - Score French Tobacco Craving Questionnaire - 12 items (FTCQ-12) :

- **Passation des questionnaires** : CWS-21 – FTCQ12 – HAM-A – MADRS
- **Consultation de sevrage tabagique** (EVA (x2) pendant la consultation)
- **Traitement** : TSN ou hypnose
- **Remise des auto-questionnaires pour J15**
- **Prise de rendez-vous de suivi pour la troisième consultation de sevrage tabagique**

Patient | _ | _ | _ | _ |

Protocole HYPNO-TSN-S
J7 : 2^{ème} consultation (V2)

Recherche de nouveaux éléments depuis la première consultation de sevrage (J0)

Nouvelle pathologie / affection médicale récente ou aggravation d'une pathologie en cours ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

Changement de traitement (ou thérapie) depuis la dernière consultation ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

➡ Sortie de l'essai (nouvelle prescription de psychotropes) :

Nous n'avons pas mis les échelles d'évaluation (pages 2 à 5) afin de limiter le volume des annexes.

Consultation de suivi de sevrage tabagique

Avez-vous changé votre consommation de tabac depuis la première consultation ?

OUI NON

Avez-vous augmenté votre consommation de cigarettes au cours des jours précédant cette deuxième consultation ?

OUI NON

Nombre de cigarettes augmentées | _ | _ |

Avez-vous réduit votre consommation de cigarettes au cours des jours précédant cette deuxième consultation ?

OUI NON

Nombre de cigarettes diminuées | _ | _ |

Vous fumez encore actuellement ?

OUI NON

Si NON, date d'arrêt | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ |



Date similaire à la première consultation de sevrage ?

OUI NON

Si OUI, fumez-vous tous les jours ?

OUI NON



Si OUI, nombre de cigarettes fumées / jour actuellement :

| _ | _ |



Si NON, précisez les faux pas éventuels :

Distinguer le faux pas (consommation ponctuelle) et la rechute (consommation prolongée).

Patient |_|_|_|_|

Combien en moyenne fumez-vous chaque jour de :

- Cigarettes manufacturées achetées en paquet :
- Cigarettes roulées :
- Cigarillos :

Fumez-vous ou consommez-vous les produits suivants depuis la première consultation (cochez les cases correspondantes)

NON

OUI :

- Cigare
- Pipe
- Tabac à mâcher
- Snus
- Narguilé / Chicha
- Ploom
- Autres produits, précisez :

Consommation tabagique de la journée

Nombre de cigarettes depuis le lever : |_|_|

Temps écoulé depuis la dernière cigarette : |_|_| minutes heures jours

Utilisation depuis la dernière consultation d'une autre méthode pour l'arrêt du tabac malgré le protocole de l'étude ?

OUI NON

Si **OUI**, précisez

- Substituts nicotiques (précisez : patch, gommes, inhaleurs...) :
- Bupropion (Zyban®)
- Varenicline (Champix®)
- Cigarette électronique
- Conseils ou consultations d'un spécialiste du tabac
- Consultations téléphoniques
- Interventions par internet
- Psychothérapie comportementale
- Hypnose
- Acupuncture
- Autre (précisez) :

Durée / quantité :

Remarques éventuelles :

➡ Sortie de l'essai :

Patient | _ | _ | _ | _ |

Protocole HYPNO-TSN-S
J7 : 2^{ème} consultation (V2)

Avez-vous modifié votre comportement alimentaire ? OUI NON

Si OUI, précisez :

Début d'une nouvelle pratique sportive ou changement de pratique depuis la première consultation ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

Avez-vous modifié votre consommation d'alcool ? OUI NON

Si OUI, précisez :

Consommation d'autres substances psychoactive (cannabis, cocaïne, héroïne, ...) ou comportements addictifs (jeux, bigorexie, ...) depuis la première consultation ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

Qu'est-ce qui va mieux ? Comment avez-vous fait pour réussir ?

-
-
-
-
-

Quelles ont été les causes de faux pas, rechute ou difficultés à arrêter ?

(Se servir des auto-questionnaires CWS-21 et FTCQ-12 faits au début de la consultation)

-
-
-
-
-

- Analyser avec le patient le contexte du faux pas (consommation ponctuelle) ou de la rechute (consommation prolongée).
- Dédramatiser l'événement afin d'éviter une déception, une dévalorisation, ou une culpabilité et ne pas le considérer comme un échec.
- Se servir de cet apprentissage pour renforcer les compétences du patient pour maintenir l'arrêt du tabac ou son sevrage.

Patient | _ | _ | _ | _ |

Quelles sont les facteurs associés et situations déclenchantes (où, comment, avec qui ?) :

-
-
-
-
-

- Situation identifiée mais non gérée
- Situation non identifiée au préalable

Qu'avez-vous ressenti « Ce que je ressens, ce que je fais » ?

(Expérience de la reprise du tabac)

-
-
-
-
-

Quels ont été les effets positifs immédiats de la reprise de la consommation ?

-
-
-
-
-

Explorer les croyances liées aux faux pas et aux rechutes.

Penser à rappeler au patient que les faux pas (consommation ponctuelle) sont prévisibles et font partie des étapes vers la réussite.

Prévenir l'effet de violation de l'abstinence en aidant le patient à :

- Contre le sentiment de culpabilité
- Repérer les conditions dans lesquelles il a repris une cigarette
- **Travailler les alternatives à mettre en place lors de situations à risque**
- Renforcer ses compétences et expertises

Il est recommandé d'anticiper la survenue possible de symptômes de sevrage malgré la prise en charge et d'en informer le patient :

- . Irritabilité, frustration ou colère
- . Insomnies
- . Anxiété
- . Difficulté de concentration
- . Augmentation de l'appétit
- . Fébrilité
- . Troubles de l'humeur

Cette étude permet de surveiller attentivement l'apparition des symptômes de sevrage.

C'est une des raisons pour lesquelles il est nécessaire de remplir les questionnaires au domicile afin de mieux évaluer le sevrage tabagique et ainsi adapter en conséquence la prise en charge lors des consultations de suivi.

Patient | _ | _ | _ | _ |

Protocole HYPNO-TSN-S
J7 : 2^{ème} consultation (V2)

Qu'est-ce que vous attendez de cet arrêt du tabac, que voulez-vous à la place ?

-
-
-
-
-

Si nécessaire, refaire le point sur la balance décisionnelle entre les bénéfices du tabac et « Pourquoi voulez-vous arrêter de fumer ? » au travers les questions abordées à la première consultation de sevrage.

➡ **Faire remplir : les deux EVA (motivation et confiance)**

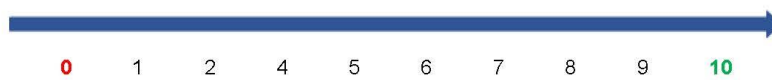
Échelle visuelle analogique de la motivation pour arrêter de fumer

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

0 signifie : « Ce n'est pas du tout important »

10 signifie : « C'est extrêmement important »

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse



Échelle visuelle analogique de la confiance au succès du sevrage

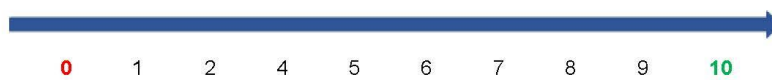
Avez-vous confiance dans votre capacité à arrêter de fumer ?

Si vous arrêtiez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous votre capacité de réussite ?

0 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas »

10 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai »

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse



Scores des questionnaires (J7)

1. Échelle de sevrage de la cigarette

. Score Cigarette Withdrawal Scale – 21 items (CWS-21) :

2. Questionnaire de manque tabagique

. Score French Tobacco Craving Questionnaire - 12 items (FTCQ-12) :

3. Anxiété

. Score **HAM-A** (Hamilton Anxiety Rating Scale) :

4. Dépression

. Score **MADRS** (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) :

5. Échelle visuelle analogique (EVA)

. De la motivation pour arrêter de fumeur :

. De la confiance au succès du sevrage :

Si score MADRS > 35 ou HAM-A > 29, présence d'éléments clinique de gravité (idées délirantes, idées suicidaires, ...)? OUI NON

Si OUI, précisez :

➡ Veuillez noter l'orientation faite du patient (urgences, hospitalisation, ...) :

➡ Sortie de l'essai :

Traitement de substitution nicotinique

groupe TSN

Bonne observance ? OUI NON

Si NON, précisez le motif :

Veillez noter les éventuels traitements de substitution non utilisés :

Dispositif transdermique ou patch (dose par 24 h) : 7 mg 14 mg 21 mg
Quantité |__|__|

Si prescription d'interdoses :

Gommes 2 mg 4 mg Quantité |__|__|

Ou

Comprimés à sucer 2 mg Quantité |__|__|

Traitements apportés à la consultation ? OUI NON

Effets indésirables ? OUI NON

Si OUI, précisez :

Traitement de substitution nicotinique prescrit

Dispositif transdermique ou patch (dose par 24 h) :

- 7 mg
- 14 mg
- 21 mg

Si prescription d'interdoses :

Gommes 2 mg 4 mg Ou **Comprimés à sucer** 2 mg
Nombre prescrit par jour |__|__|

- ➡ Veillez remettre l'ordonnance explicative au moment de la délivrance des substituts.
- ➡ Veillez demander au patient de ramener le conditionnement délivré (blister ou boîte ; même vide) ainsi que les traitements de substitution non utilisés.
- ➡ Veillez remettre la notice d'information pour J15 ainsi que les auto-questionnaires en ayant mis le numéro du patient sans oublier d'expliquer au patient la manière de faire.
- ➡ Veillez vérifier la date de la consultation à J30 +/- 3 jours.

Veillez rappeler l'absence d'utilisation de tout autre thérapeutique de sevrage tabagique hormis celle du groupe concerné (TSN ou Hypnose) pendant le mois d'évaluation de l'étude et de la possibilité de contacter le médecin traitant ou le thérapeute de l'étude en cas de nécessité.

Patient |_|_|_|_|

Protocole HYPNO-TSN-S
J7 : 2^{ème} consultation (V2)

HYPNOSE

groupe Hypnose

Remarques éventuelles concernant la séance :

Depuis la première consultation de sevrage tabagique, avez-vous eu recours à l'autohypnose ?

OUI NON

Si OUI, à quelle fréquence environ ?

|_|_| par jour

|_|_| par semaine

Autre (précisez) :

En quelles circonstances (plusieurs réponses possibles) :

- De façon régulière sans circonstance particulière
- Quand une envie de fumer se présente
- Autre (précisez) :

Effets indésirables ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

- ➔ Veuillez remettre la notice d'information pour J15 ainsi que les auto-questionnaires en ayant mis le numéro du patient sans oublier d'expliquer au patient la manière de faire.
- ➔ Veuillez vérifier la date de la consultation à J30 +/- 3 jours (carte participant).

Veillez rappeler l'absence d'utilisation de tout autre thérapeutique de sevrage tabagique hormis celle du groupe concerné (TSN ou Hypnose) pendant le mois d'évaluation de l'étude et de la possibilité de contacter le médecin traitant ou le thérapeute de l'étude en cas de nécessité.

17

Auto-évaluations à domicile (J15)

A faire le |_|_| |_|_| |_|_|

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint **l'échelle de sevrage de la cigarette (CWS-21)** et le **questionnaire de manque tabagique (FTCQ-12)** à remplir une semaine après de votre deuxième consultation de sevrage tabagique.

Ils serviront à améliorer votre prise en charge lors de la consultation de suivi et à recueillir des informations concernant votre vécu du sevrage tabagique.

Vous indiquerez simplement ce que vous pensez ou sentez au moment précis où vous remplissez ces questionnaires.

Les questionnaires remplis seront à amener lors de votre prochaine consultation.

En vous remerciant de votre participation.

Patient |_|_|_|_|

Protocole HYPNO-TSN-S
J30 : 3^{ème} consultation (V3)

Troisième consultation (J30) +/- 3 jours

Nom du thérapeute :

Date |_|_| |_|_| |_|_|

Patient : présent absent

Date de la prochaine consultation de prévue en cas d'absence : |_|_| |_|_| |_|_|

Récupération des auto-questionnaires faits à J15

- Veuillez noter la date à laquelle les questionnaires ont été faits ainsi que les scores
- Les questionnaires faits à J15 sont à joindre au cahier d'observation

Date |_|_| |_|_| |_|_|

Difficultés pour les remplir / remarques éventuelles :

1. Échelle de sevrage de la cigarette

- . Score Cigarette Withdrawal Scale – 21 items (CWS-21) :

2. Questionnaire de manque tabagique

- . Score French Tobacco Craving Questionnaire - 12 items (FTCQ-12) :

- **Passation des questionnaires** : CWS-21 – FTCQ12 – FTND – HAM-A – MADRS
- **Consultation de sevrage tabagique** (EVA (x2) pendant la consultation)
- **Traitement** : TSN ou hypnose
- **Articulation du suivi en fonction de la demande du patient et de l'appréciation du thérapeute**

1

Patient | _ | _ | _ | _ |

Protocole HYPNO-TSN-S
J30 : 3^{ème} consultation (V3)

Recherche de nouveaux éléments depuis la deuxième consultation de sevrage (J7)

Nouvelle pathologie / affection médicale récente ou aggravation d'une pathologie en cours ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

Changement de traitement (ou thérapie) depuis la dernière consultation ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

➡ Sortie de l'essai (nouvelle prescription de psychotropes) :

*Nous n'avons pas mis les échelles
d'évaluation (pages 2 à 6) afin de
limiter le volume des annexes.*

Consultation de suivi de sevrage tabagique

Avez-vous changé votre consommation de tabac depuis la deuxième consultation ?

OUI NON

Avez-vous augmenté votre consommation de cigarettes au cours des jours précédant cette troisième consultation ?

OUI NON

Nombre de cigarettes augmentées | _ | _ |

Avez-vous réduit votre consommation de cigarettes au cours des jours précédant cette troisième consultation ?

OUI NON

Nombre de cigarettes diminuées | _ | _ |

Vous fumez encore actuellement ?

OUI NON

Si NON, date d'arrêt | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ |



Date similaire à la première consultation de sevrage ?

OUI NON

Si OUI, fumez-vous tous les jours ?

OUI NON



Si OUI, nombre de cigarettes fumées / jour actuellement :

| _ | _ |



Si NON, précisez les faux pas éventuels :

Distinguer le faux pas (consommation ponctuelle) et la rechute (consommation prolongée).

Patient |__|__|__|__|

J30 : 3^{ème} consultation (V3)

Combien en moyenne fumez-vous chaque jour de :

- Cigarettes manufacturées achetées en paquet :
- Cigarettes roulées :
- Cigarillos :

Fumez-vous ou consommez-vous les produits suivants depuis la deuxième consultation (cochez les cases correspondantes)

NON

OUI :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cigare | <input type="checkbox"/> Narguilé / Chicha |
| <input type="checkbox"/> Pipe | <input type="checkbox"/> Ploom |
| <input type="checkbox"/> Tabac à mâcher | <input type="checkbox"/> Autres produits, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Snus | |

Consommation tabagique de la journée

Nombre de cigarettes depuis le lever : |__|__|

Temps écoulé depuis la dernière cigarette : |__|__| minutes heures jours

Utilisation depuis la dernière consultation d'une autre méthode pour l'arrêt du tabac malgré le protocole de l'étude ?

OUI NON

Si **OUI**, précisez

- Substituts nicotiniques (précisez : patch, gommes, inhaleurs...) :
- Bupropion (Zyban®)
- Varenicline (Champix®)
- Cigarette électronique
- Conseils ou consultations d'un spécialiste du tabac
- Consultations téléphoniques
- Interventions par internet
- Psychothérapie comportementale
- Hypnose
- Acupuncture
- Autre (précisez) :

Durée / quantité :

Remarques éventuelles :

➡ Sortie de l'essai :

Patient | _ | _ | _ | _ |

Protocole HYPNO-TSN-S
J30 : 3^{ème} consultation (V3)

Avez-vous modifié votre comportement alimentaire ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

Début d'une nouvelle pratique sportive ou changement de pratique depuis la deuxième consultation ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

Avez-vous modifié votre poids depuis la première consultation de sevrage (J0) ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

Poids :

Taille :

IMC :

Avez-vous modifié votre consommation d'alcool ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

Consommation d'autres substances psychoactives (cannabis, cocaïne, héroïne, ...) ou comportements addictifs (jeux, bigorexie, ...) depuis la deuxième consultation ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

Qu'est-ce qui va mieux ? Comment avez-vous fait pour réussir ?

-
-
-
-
-

Quelles ont été les causes de faux pas, rechute ou difficultés à arrêter ?

(Se servir des auto-questionnaires CWS-21 et FTCQ-12 faits au début de la consultation)

-
-
-
-
-

- Analyser avec le patient le contexte du faux pas (consommation ponctuelle) ou de la rechute (consommation prolongée).
- Dédramatiser l'événement afin d'éviter une déception, une dévalorisation, ou une culpabilité et ne pas le considérer comme un échec.
- Se servir de cet apprentissage pour renforcer les compétences du patient pour maintenir l'arrêt du tabac ou son sevrage.

Patient | _ | _ | _ | _ |

Quelles sont les facteurs associés et situations déclenchantes (où, comment, avec qui ?) :

-
-
-
-
-

- Situation identifiée mais non gérée
- Situation non identifiée au préalable

Qu'avez-vous ressenti « Ce que je ressens, ce que je fais » ?

(Expérience de la reprise du tabac)

-
-
-
-
-

Quels ont été les effets positifs immédiats de la reprise de la consommation ?

-
-
-
-
-

Qu'est-ce que vous attendez de cet arrêt du tabac, que voulez-vous à la place ?

-
-
-
-
-

Si nécessaire, refaire le point sur la balance décisionnelle entre les bénéfices du tabac et « Pourquoi voulez-vous arrêter de fumer ? » au travers les questions abordées à la première consultation de sevrage.

➡ **Faire remplir : les deux EVA (motivation et confiance)**

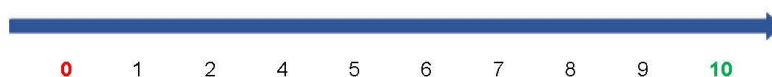
Échelle visuelle analogique de la motivation pour arrêter de fumer

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

0 signifie : « Ce n'est pas du tout important »

10 signifie : « C'est extrêmement important »

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse



Échelle visuelle analogique de la confiance au succès du sevrage

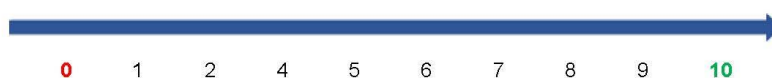
Avez-vous confiance dans votre capacité à arrêter de fumer ?

Si vous arrêtiez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous votre capacité de réussite ?

0 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas »

10 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai »

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse



Scores des questionnaires (J30)

1. Échelle de sevrage de la cigarette

. Score Cigarette Withdrawal Scale – 21 items (CWS-21) :

2. Questionnaire de manque tabagique

. Score French Tobacco Craving Questionnaire - 12 items (FTCQ-12) :

3. Dépendance

. Score Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) :

4. Anxiété

. Score **HAM-A** (Hamilton Anxiety Rating Scale) :

5. Dépression

. Score **MADRS** (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) :

6. Échelle visuelle analogique (EVA)

. De la motivation pour arrêter de fumeur :

. De la confiance au succès du sevrage :

Si score MADRS > 35 ou HAM-A > 29, présence d'éléments clinique de gravité (idées délirantes, idées suicidaires, ...)? OUI NON

Si OUI, précisez :

➡ Veuillez noter l'orientation faite du patient (urgences, hospitalisation, ...) :

➡ Sortie de l'essai :

Traitement de substitution nicotinique

groupe TSN

Bonne observance ? OUI NON

Si NON, précisez le motif :

.....

Veillez noter les éventuels traitements de substitution non utilisés :

Dispositif transdermique ou patch (dose par 24 h) : 7 mg 14 mg 21 mg
Quantité |__|__|

Si prescription d'interdoses :

Gommes 2 mg 4 mg Quantité |__|__|

Ou

Comprimés à sucer 2 mg Quantité |__|__|

Traitements apportés à la consultation ? OUI NON

Effets indésirables ? OUI NON

Si OUI, précisez :

.....

Traitement de substitution nicotinique prescrit

Dispositif transdermique ou patch (dose par 24 h) :

- 7 mg
- 14 mg
- 21 mg

Si prescription d'interdoses :

Gommes 2 mg 4 mg Ou **Comprimés à sucer** 2 mg
Nombre prescrit par jour |__|__|

- Articulation du suivi en fonction de la demande du patient et de l'appréciation du thérapeute dans le cadre d'une décision partagée.
 - Le suivi doit s'intégrer dans une prise en charge classique du sevrage tabagique
- Remettre les coordonnées nécessaires pour une éventuelle prise de rendez-vous chez un thérapeute adapté (exemple : addictologue) et/ou souhaité (exemple : hypnothérapeute) en plus ou en relai du suivi actuel.

Patient | _ | _ | _ | _ |

Protocole HYPNO-TSN-S
J30 : 3^{ème} consultation (V3)

HYPNOSE

groupe Hypnose

Remarques éventuelles concernant la séance :

Depuis la deuxième consultation de sevrage tabagique, avez-vous eu recours à l'autohypnose ?

OUI NON

Si OUI, à quelle fréquence environ ?

| _ | _ | par jour

| _ | _ | par semaine

Autre (précisez) :

En quelles circonstances (plusieurs réponses possibles) :

- De façon régulière sans circonstance particulière
- Quand une envie de fumer se présente
- Autre (précisez) :

Avez-vous constaté des changements dans votre vie depuis que vous avez eu recours à l'hypnose ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

Effets indésirables ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

Quelle est votre niveau de satisfaction d'avoir découvert ou pu bénéficier de l'hypnose sur une échelle de 0 à 10.

0 « pas du tout satisfait » à 10 « tout à fait satisfait »

Score : |_|_| / 10

Remarques éventuelles :

- Articulation du suivi en fonction de la demande du patient et de l'appréciation du thérapeute dans le cadre d'une décision partagée.
 - Le suivi doit s'intégrer dans une prise en charge classique du sevrage tabagique
- Remettre les coordonnées nécessaires pour une éventuelle prise de rendez-vous chez un thérapeute adapté (exemple : addictologue) et/ou souhaité (exemple : hypnothérapeute) en plus ou en relai du suivi actuel.

Dans le groupe de patients traités par hypnose, proposez systématiquement l'accès aux TSN et autres thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique.

Annexe 6. Questionnaire de pré-sélection : HYPNO-TSN-S

Questionnaire de pré-sélection : HYPNO-TSN-S



Date |_|_| |_|_| |_|_|

(Temps de passage : 5/6min)

Nom – Prénom :

Téléphone fixe :

Adresse :

Téléphone mobile :

Nom du médecin :

Souhaitez-vous arrêter ou diminuer votre consommation de tabac ?

OUI NON

(Si réponse non, personne non éligible.)

Accepteriez-vous de ne pas utiliser d'autres moyens d'arrêt du tabac en dehors de patch nicotinique ou de l'hypnose pendant le mois d'évaluation de l'étude (cigarette électronique, plom, acupuncture, ...) ?

OUI NON

(Si réponse non, personne non éligible.)

Test de Fagerström (Heatherton et al.) :

1. Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les premières minutes	3
Entre 6 et 30 minutes	2
Entre 31 et 60 minutes	1
Plus de 60 minutes	0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?

Oui	1
Non	0

3. A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

La première le matin	1
N'importe quelle autre	0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

Oui	1
Non	0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1
Non	0

Si le score obtenu par la personne est **≥5**, la dépendance à la nicotine est moyenne à forte voire très forte, **veuillez poursuivre** le questionnaire.



1. Parmi les méthodes suivantes d'aide au sevrage tabagique, lesquelles serez-vous prêt à utiliser ou à réutiliser si l'on vous le propose :
- Traitement de substitution nicotinique par patch (+/- gommes) OUI NON
- Hypnose OUI NON
- Traitements de substitution nicotinique + Hypnose OUI NON
- (Les personnes qui auront répondu oui aux trois méthodes pourront être éligible)*
2. Prescription de psychotropes dans le traitement actuel OUI NON
3. Personne mineure (Si réponse oui, personne non éligible.) OUI NON
4. Patient en incapacité de comprendre l'étude ou de remplir les questionnaires (analphabète, déficience mentale sévère, ...) OUI NON
(Si réponse oui, personne non éligible)
5. Mesure de protection (curatelle, tutelle, ...) OUI NON
(Si réponse oui, personne non éligible)
6. Trouble de l'usage de l'alcool OUI NON
(Si réponse oui, personne non éligible = consommation > 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour)
7. Consommation d'autres substances (cannabis, cocaïne, ...) OUI NON
(Si réponse oui, personne non éligible)
8. Maladie grave liée au tabac (BPCO, cancer, ...) OUI NON
(Si réponse oui, personne non éligible)
9. Maladie grave en cours non équilibrée OUI NON
(Si réponse oui, personne non éligible)
10. Maladie grave impliquant le pronostic vital à court terme OUI NON
(Si réponse oui, personne non éligible)
11. Opération prévue dans les prochains mois OUI NON
(Si opération lourde nécessitant un arrêt du tabac prévue dans les 6 mois, personne non éligible)
12. Si femme : Enceinte (Si réponse oui, personne non éligible) OUI NON
- Projet de grossesse actuel ou à court terme (< 6 mois) OUI NON
(Si réponse oui, personne non éligible)

- Si la personne est éligible ➡ Veuillez appeler le pôle universitaire d'addictologie en Limousin (ou laisser un message avec les coordonnées du patient) pour prendre rendez-vous pour la visite d'inclusion
- ➡ Veuillez envoyer dans l'enveloppe affranchie ce questionnaire de pré-sélection au pôle universitaire d'addictologie en Limousin
- ➡ Veuillez remettre la lettre d'information au patient

Pôle universitaire d'addictologie en Limousin

Centre Hospitalier Esquirol : 15 rue du Docteur Marcland 87025 Limoges Cedex

Tél : 05.55.43.12.18

MERCI !

Annexe 7. Lettre d'information

LETTRE D'INFORMATION Version n°3 du 24/04/2018	Etude comparée de l'effet du traitement par hypnose versus traitement de substitution nicotinique sur l'intensité du syndrome de sevrage tabagique : HYPNO-TSN-S Etude n° 2018-A00410-55
<u>Promoteur de la recherche</u> : CH Esquirol, 15 rue du Dr Marcland, 87025 Limoges, tél. 05.55.43.10.10 <u>Investigateur Principal</u> : Professeur Ph. NUBUKPO, Pôle Addictologie en Limousin, tél. 05.55.43.13.21 Centre Hospitalier Esquirol, 15 rue du Docteur Marcland – 87000 LIMOGES <u>Collaborateur</u> : Guillaume LOURMIERE, Interne de spécialité, CH Esquirol Limoges, tél. 05.55.43.12.18	

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous propose de participer à une recherche biomédicale dont le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges est le promoteur. Avant de prendre une décision, il est important que vous listiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre médecin.

Votre participation est entièrement volontaire. Si vous ne désirez pas prendre part à cette recherche, vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles.

Pourquoi cette recherche ?

La lutte contre le tabagisme est l'une des préoccupations les plus importantes en Santé Publique. C'est la principale cause de décès évitable dans le monde. En dépit des risques liés au tabagisme, beaucoup de personnes sont impuissantes pour arrêter cette substance. Le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives. Le fumeur en sevrage (c'est-à-dire qui arrête de fumer ou réduit sa consommation) est physiquement et psychologiquement vulnérable. Les symptômes de sevrage (irritabilité, anxiété, difficulté de concentration, envie de consommer, humeur dépressive, ...) limitent les possibilités de réussite dans ce projet d'arrêt du tabac.

En effet, les troubles liés au manque de nicotine sont les premiers en cause dans les échecs d'arrêt du tabac à court terme. Les symptômes de sevrage conditionnent négativement l'expérience du sevrage et précipitent la rechute. Ils sont directement liés au maintien de l'abstinence. C'est pourquoi le fait de limiter l'intensité du syndrome de sevrage tabagique permet d'améliorer la probabilité de succès de rester abstinent sur le long terme.

Les possibilités de succès sont plus importantes quand on prend le temps de s'y préparer. L'arrêt du tabac est un apprentissage. Il faut se débarrasser de réflexes conditionnés et d'automatismes acquis pendant les années de tabagisme. Ce que vous analysez probablement comme un manque de volonté peut être un signe de dépendance à la nicotine mais également être lié à vos craintes et représentations mentales qui vous bloquent dans vos tentatives d'arrêt. C'est l'apprentissage progressif à travers le temps et les rechutes qui permettra une mise à distance durable du tabac. Avoir un outil thérapeutique permettant de rendre plus confortable cet apprentissage serait un important atout dans la lutte antitabac.

Parmi les outils thérapeutiques figurent, en premier lieu, les traitements de substitution nicotinique (TSN). Les TSN sont les traitements médicamenteux de première intention car ils sont les plus inoffensifs et les plus efficaces à l'heure actuelle dans le sevrage tabagique. Ils ont largement prouvé leur efficacité au fil des ans et des études. Ils soulagent les symptômes de sevrage, réduisent l'envie de fumer et permettent de prévenir les rechutes. Les substituts nicotiques augmentent l'abstinence à 6 mois de 50 à 70%.

A côté, d'autres méthodes existent mais sans preuve suffisante. Parmi elles se trouve l'hypnose ou hypnothérapie. L'hypnose est une technique psychothérapeutique qui consiste à induire un état modifié de conscience bref avec l'aide de l'hypnothérapeute. C'est un état de conscience dans lequel nous sommes éveillés de manière différente, notre attention étant orientée plus vers l'intérieur que vers l'extérieur. C'est un mécanisme physiologique simple et inoffensif qui met l'esprit conscient en « veille », permettant une suggestibilité accrue aux changements thérapeutiques proposés en privilégiant le

1/8

fonctionnement du subconscient tout en s'appuyant sur des éléments de son histoire personnelle. Ce processus est physiologique. De ce fait, tout le monde est « hypnotisable », même si les mises en conditions nécessaires à chaque personne pour pleinement vivre cette expérience sont différentes.

L'hypnose a déjà prouvé son efficacité en médecine. Par exemple, l'Académie Nationale de Médecine reconnaît l'indication de l'hypnose dans le traitement des effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses. En effet cette thérapie facilite la maîtrise de symptômes fonctionnels tel que la douleur ou l'anxiété en plus de son accompagnement psychologique. Par son effet démontré sur l'amélioration des effets psychosomatiques et dans la qualité de vie, l'hypnose devrait avoir également plus d'efficacité dans la maîtrise des symptômes de sevrage tabagique.

Malheureusement, concernant l'efficacité de l'hypnose sur le sevrage tabagique, les recommandations sont moins tranchées. Et pour cause : les études sont peu nombreuses et les résultats très nuancés. Les problèmes de méthodologie et l'absence de mesures objectives limitent à l'heure actuelle les avancées sur la place de l'hypnose dans le sevrage tabagique. C'est pourquoi des recherches comme celle-ci sont nécessaires.

Quel est l'objectif de cette recherche ?

Il existe de nombreux traitements dans l'aide au sevrage du tabac mais ils restent insuffisants. La rechute après un sevrage tabagique est un événement très fréquent. Il est nécessaire d'avoir de nombreux outils thérapeutiques validés scientifiquement et efficaces dans cette lutte antitabac afin d'apporter de nouvelles armes dans la diminution et l'arrêt de cette substance.

L'objectif de cette recherche est de comparer l'intensité du syndrome de sevrage tabagique en période aigue de sevrage tabagique chez des patients adultes fumeurs entre un groupe traité par hypnose versus un groupe traité par le traitement de référence (les substituts nicotiniques).

Notre hypothèse de recherche est que l'hypnose a une efficacité supérieure par rapport aux TSN sur la prise en charge globale du syndrome de sevrage tabagique. Cette étude pourrait être un argument supplémentaire pour considérer l'hypnose comme un outil intéressant afin de promouvoir le développement et l'accès à cet outil thérapeutique.

Comment va se dérouler cette recherche ?

Votre médecin traitant vous propose de participer à cette recherche car vous souhaitez arrêter de fumer et il pense que vous répondez aux critères d'éligibilité de l'étude. Si vous en êtes d'accord, il en informe l'investigateur responsable de l'étude ou son collaborateur. Celui-ci vous contactera dans les jours suivants, pour vous laisser le temps de réfléchir à cette participation au moins une journée. Il pourra vous fournir toute information complémentaire, et programmer une rencontre pour vous faire entrer dans l'étude si vous acceptez. Vous pouvez également prendre contact avec lui ou son équipe directement par téléphone au 05.55.43.12.18.

La visite d'inclusion et toutes les consultations de sevrage tabagique pendant l'étude se dérouleront dans des bureaux médicaux de consultation sur le site du Centre Hospitalier d'Esquirol.

Lors de la visite d'inclusion, le médecin vous posera des questions pour compléter les critères d'éligibilité. Vous devrez remplir des questionnaires sur votre consommation de tabac, envie de fumer, humeur, anxiété, consommation d'alcool et de cannabis. Les résultats permettront de valider définitivement votre éligibilité, en permettant d'éviter tout risque de complication au cours de la recherche. Cette visite durera entre 30 et 45 min. A ce moment-là, vous signerez un formulaire de consentement qui marquera votre entrée dans l'étude. Si vous le souhaitez, votre médecin traitant sera informé par courrier de votre inclusion dans cette recherche. Si les critères de sélection n'étaient pas satisfaits, il vous sera de toute façon proposé une prise en charge classique de sevrage tabagique.

Une fois inclus dans cette étude, une répartition au hasard sera faite pour savoir dans quel groupe vous serez traité, soit le groupe traité par traitement de substitution, soit le groupe traité par hypnose.

Le médecin qui assure avec vous la visite d'inclusion appellera en votre présence un thérapeute du groupe qui vous aura été attribué (TSN ou hypnose) pour prendre rendez-vous pour la première consultation de sevrage tabagique. L'objectif est d'organiser cette première consultation le plus rapidement possible pour que l'arrêt ou la diminution du tabac se fasse le plus tôt possible. Si vous ne savez pas encore si vous préférez arrêter totalement le tabac à partir de la première consultation de sevrage ou simplement diminuer progressivement votre consommation, cela n'a pas d'importance car vous pourrez en discuter lors de cette première consultation, ce qui vous aidera à faire votre propre choix. Le thérapeute que vous verrez lors de votre première consultation vous suivra pendant tout le mois d'évaluation.

Il y aura trois consultations de sevrage tabagique au cours du mois d'évaluation d'une durée maximum de 75 minutes chacune. Ce mois d'évaluation débute à partir de votre première consultation de sevrage tabagique (notée J0). La deuxième consultation, notée J7, se fera à sept jours (+/- un jour) de la première consultation pour évaluer comment se passe votre sevrage tabagique en période aiguë de sevrage et adapter le traitement en fonction. La troisième consultation, notée J30, se fera à trois semaines (+/- trois jours) de la deuxième consultation.

Vous aurez également deux brefs auto-questionnaires à remplir (environ 10 min au total) chez vous à deux reprises. La première fois à deux jours de la première consultation, c'est-à-dire à J2, et la deuxième fois à sept jours de la deuxième consultation, c'est-à-dire à J15. Ils serviront à améliorer votre prise en charge lors des consultations de suivi et à recueillir des informations concernant votre vécu du sevrage tabagique pour cette recherche.

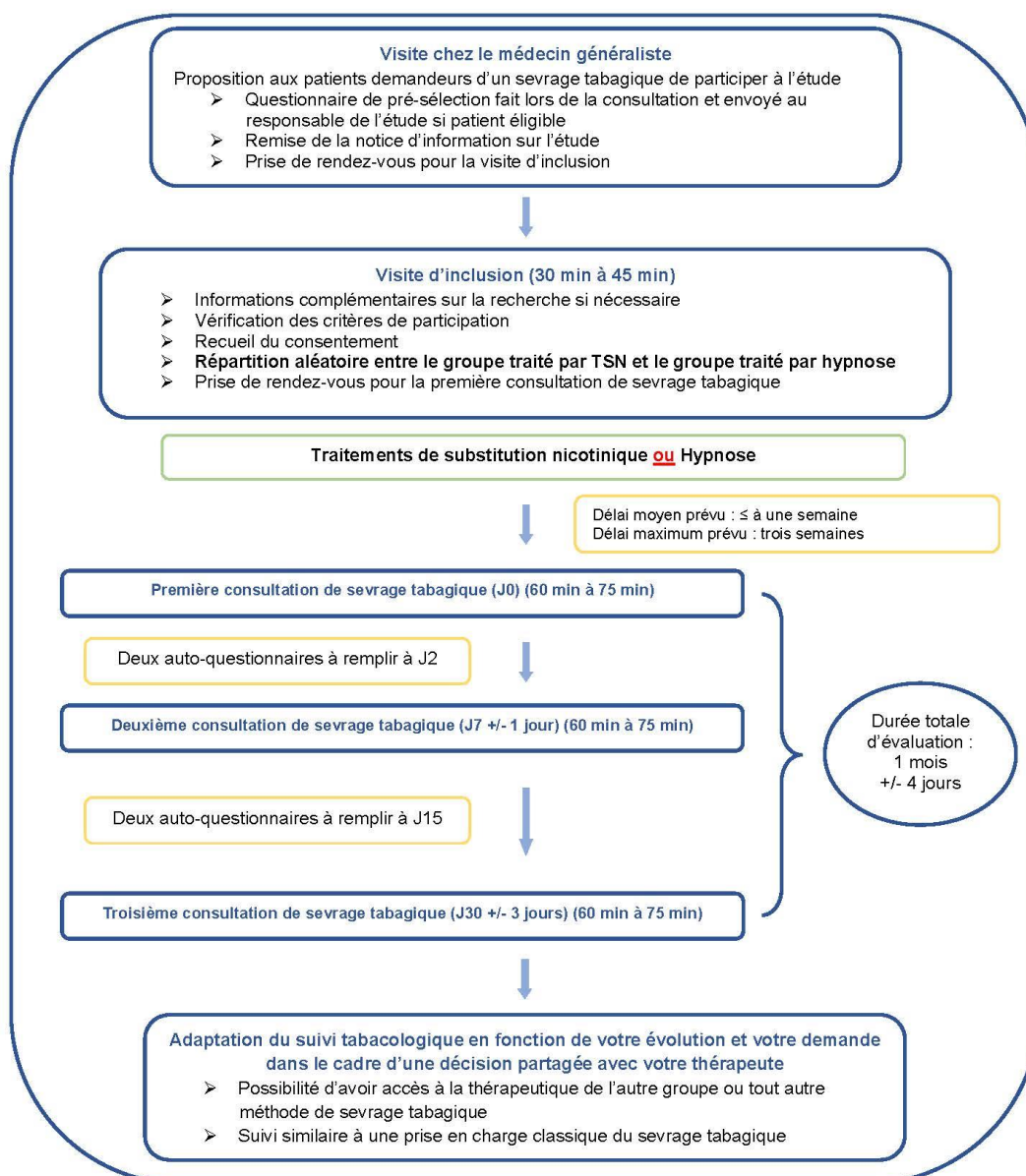
A la fin de l'étude, au cours de la troisième consultation, le suivi pourra s'interrompre si vous n'en sentez plus le besoin. Dans le cas contraire, vous pourrez poursuivre votre suivi avec votre thérapeute de départ de la manière la plus adaptée à votre demande et vos besoins. Le suivi s'intègre dans une prise en charge classique du sevrage tabagique. Vous pourrez également demander à bénéficier de la thérapeutique de l'autre groupe de la recherche. Tous les patients du groupe hypnose seront invités à bénéficier des TSN s'ils le souhaitent. Ceux-ci seront délivrés par un(e) addictologue, en plus ou en remplacement de l'hypnose. Et tous les patients du groupe TSN pourront être orientés vers un hypnothérapeute s'ils le souhaitent, en plus de leur suivi addictologique. Une fois passé le cap de la troisième consultation de sevrage tabagique (J30) à un mois, il ne sera pas nécessaire de suivre le schéma de l'étude. Le suivi s'organisera dans le cadre d'une décision partagée avec votre thérapeute sans contrainte de date.

Les consultations dans le groupe TSN seront faites par des médecins addictologues formés à la délivrance des traitements de substitution nicotinique et au soutien psychologique. Les consultations dans le groupe hypnose seront faites par des hypnothérapeutes, titulaires d'un Diplôme Universitaire d'hypnose médicale, ayant eu une formation dans le sevrage tabagique et le soutien psychologique.

Dans la grande majorité des cas, chez les patients ayant déjà utilisé des patchs ou autres substituts nicotinique, ils ont été insuffisamment utilisés ou prescrits de manière non optimale. C'est pourquoi un patient ayant déjà fait des tentatives de sevrage sans succès avec l'aide des TSN garde toutes ses chances de succès s'il est dans le groupe TSN. La délivrance des TSN se fera uniquement par patch sur 24h de dosage adapté à votre dépendance. Le patch à délivrance sur 24h à un meilleur effet protecteur car il évite les symptômes de manque du lendemain matin et la délivrance de nicotine dans le sang est plus stable. De plus, le patch a l'avantage de pouvoir se combiner à d'autres médicaments. Il est possible de porter le patch toute la journée, tout en consommant ponctuellement une gomme. Bien entendu, dans les rares cas d'intolérance à certains types de patch, la prescription sera adaptée avec votre thérapeute.

Les consultations de suivi sont essentielles quelle que soit la façon dont vous avez vécu la période entre deux consultations. Elles permettent d'adapter les traitements et l'accompagnement psychologique dans votre réussite d'un avenir sans tabac. Les trois consultations de sevrage tabagique font donc partie du protocole de la recherche même si vous avez complètement arrêté le

tabac dès la première consultation, que vous n'utilisez plus les traitements de substitution ou que vous n'en ressentez pas le besoin. Le suivi est essentiel dans les addictions. Cela consolidera votre sevrage et permettra d'ajuster les stratégies à mettre en place pour inscrire ce succès dans la durée. Si par ailleurs vous avez rencontré des difficultés dans la gestion de votre sevrage ou des traitements proposés ce sera l'occasion d'adapter la stratégie thérapeutique. Les évaluations lors des consultations de suivi pourront dépister d'éventuels signes d'instabilité et prévenir la rechute.



Qui peut participer ?

Tous les patient(e)s majeur(e)s fumeurs(les) dépendant(e)s souhaitant arrêter de fumer. Il est nécessaire que la dépendance soit suffisamment forte pour devoir utiliser une approche thérapeutique. Cette dépendance sera reflétée par une dépendance supérieure ou égale à 5 au test de Fagerström (test comportant 6 questions dont les réponses permettent d'évaluer un niveau de dépendance au tabac).

Il faut être volontaire, en capacité de consentir aux restrictions du protocole (absence d'utilisation de la thérapeutique de l'autre groupe pendant le mois d'évaluation ou d'une autre thérapeutique de sevrage tabagique) et accepter de commencer par le traitement choisi par randomisation (répartition aléatoire entre le groupe traité par TSN et le groupe traité par hypnose).

Il est nécessaire d'être assuré social et d'être en capacité de comprendre l'étude ou de remplir les questionnaires.

Ne peuvent pas participer à l'étude les personnes placées sous mesure de protection (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice), les personnes ayant une maladie grave liée au tabac (BPCO, cancer, ...) ou une maladie grave en cours non équilibrée, les personnes ayant une dépression ou un trouble anxieux sévère en cours, les personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool ou du cannabis, les personnes hospitalisées au moment de l'inclusion, les personnes ayant une opération lourde nécessitant un arrêt du tabac prévue dans les 6 mois et enfin les personnes ayant un pronostic vital engagé à court terme. Les femmes enceintes ou en projet de grossesse ne peuvent pas participer. Si vous êtes une femme en âge de procréer, vous devrez accepter de réaliser un test de grossesse urinaire lors de la visite d'inclusion dont le résultat vous sera directement communiqué.

Que vous demandera-t-on ?

On vous demandera de respecter le protocole de la recherche, c'est-à-dire **de ne pas utiliser une autre thérapeutique de sevrage tabagique** (Bupropion, Varenicline, cigarette électronique, conseils ou consultations d'un spécialiste du tabac en plus, consultations téléphoniques de sevrage, interventions par internet, psychothérapie comportementale, acupuncture, ...) hormis celle du groupe concerné (TSN ou Hypnose) **pendant le mois d'évaluation de l'étude**, car cela fausserait l'évaluation des traitements proposés. Si vous utilisez une autre thérapeutique de sevrage tabagique pendant le mois d'évaluation, vous serez considéré comme sorti d'étude et réorienté vers des professionnels de soins dans le cadre d'une prise en charge classique du sevrage tabagique.

En cas de prescription ou modification d'un médicament psychotrope (anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques, antidépresseurs, ...) par un de vos médecins **vous serez également considéré comme sorti d'étude**. S'il est nécessaire de les introduire ou de les modifier c'est que vous avez besoin d'une prise en charge renforcée et adaptée qui ne s'intègre pas dans le schéma de cette recherche. A ce moment-là vous bénéficierez d'une prise en charge classique de sevrage tabagique.

La délivrance des TSN se fera uniquement par patch de 24h de dosage adapté à votre dépendance associé ou non à des interdoses de gommes ou comprimés à sucer.

Vous devrez pouvoir honorer les consultations de suivi prévues à une semaine de la première consultation et à la fin du mois. En effet les consultations ont lieu à une semaine (+/- un jour) et à la fin du mois (+/- trois jours). Il sera nécessaire de pouvoir assurer les consultations aux dates prévues de suivi afin d'apprécier votre évolution de manière précise. Cela permet de recueillir les informations nécessaires pour la recherche et ajuster votre prise en charge pour optimiser vos soins afin de mieux vous accompagner dans votre réussite du sevrage en tabac. Si jamais vous ne pouvez pas assurer les consultations de suivi, vous serez considéré comme sorti d'étude. Dans ce cas, vous serez réorienté vers des professionnels de soins dans le cadre d'une prise en charge classique du sevrage tabagique.

Seront recueillies vous concernant :

- vos critères de participation à l'étude décrits précédemment
- vos données socio-démographiques : âge, sexe, profession, niveau d'étude, état civil.
- votre fonctionnement de vie : pratique d'une activité physique, loisirs, présence d'un entourage.
- vos données médicales : antécédents, traitements, observations cliniques éventuelles.
- les réponses aux questionnaires suivants :
 - . Le test de Fagerström (FTND) sur votre consommation de tabac pour évaluer votre dépendance au tabac,
 - . L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) sur votre consommation d'alcool et le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) sur votre consommation de cannabis pour évaluer une éventuelle dépendance,
 - . La Cigarette Withdrawal Scale (CWS-21) pour évaluer l'intensité de vos symptômes de sevrage en tabac,
 - . Le French Tobacco Craving Questionnaire (FTCQ-12) sur votre envie de fumer pour évaluer son intensité,
 - . La Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) sur votre humeur et la Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) sur votre anxiété pour évaluer la possible existence de symptômes de dépression ou d'anxiété,
- le nombre de cigarettes fumées par jour, l'âge de début des consommations et votre consommation moyenne de tabac.
- votre consommation éventuelle de substances psychoactives.
- votre poids et votre taille.

Lors des entretiens de suivi on vous demandera de nous décrire l'évolution de votre consommation de tabac en plus des questionnaires.

Vous devrez remplir aussi deux brefs auto-questionnaires (CWS-21 et FTCQ-12) à domicile à deux reprises, une fois à deux jours de la première consultation (J2) et une deuxième fois à sept jours de la deuxième consultation (J15). Vous aurez un rappel téléphonique deux jours avant chaque consultation et le jour où vous devez remplir les deux auto-questionnaires.

Quel que soit les événements, cette recherche se fait dans un cadre médical dans le respect du secret professionnel.

Quels sont les bénéfices attendus ?

Bien que le tabagisme soit largement admis en société c'est la principale cause de décès évitable dans le monde. L'arrêt du tabac est difficile mais quelle que soit la quantité de tabac consommée et aussi longtemps qu'on ait fumé, il n'est jamais trop tard pour arrêter et les bénéfices de l'arrêt du tabac interviennent presque immédiatement. Par ailleurs, il n'y a pas de seuil au-dessous duquel le tabagisme passif est sans danger. C'est pourquoi la lutte antitabac concerne l'ensemble des personnes et les bénéfices d'un sevrage ne se limitent pas au consommateur.

Il n'est jamais trop tard pour arrêter, même si vous fumez beaucoup et depuis longtemps. En effet, le risque de développer une maladie grave s'atténue après l'arrêt, pour atteindre progressivement celui des non-fumeurs. Par ailleurs, l'arrêt, même tardif, apporte un confort de vie mais également une grande satisfaction personnelle.

Notre hypothèse est que la technique d'hypnose serait plus efficace que les TSN sur la diminution de l'intensité du syndrome de sevrage tabagique. Même si une rechute a lieu, la participation à l'étude devrait apporter la même aide au sevrage quel que soit le groupe, et un meilleur vécu du sevrage. Il est attendu un réel bénéfice en cas d'arrêt ou de diminution de votre consommation du tabac, en termes de meilleure santé physique et mentale, quel que soit le groupe auquel vous êtes attribué.

Aucune indemnisation n'est prévue, les consultations et suivis entrant dans le cadre des prises en charge habituelles. En revanche, **les consultations seront gratuites dans les deux groupes**. Les traitements de substitution nicotinique seront pris en charge par le Centre Hospitalier d'Esquirol pour une durée de trois mois maximum. Ce bénéfice n'interférera pas avec les 150€ annuels remboursés par l'Assurance Maladie pour les traitements de substitution nicotinique. Les consultations assurées à

6/8

la fin du mois d'évaluation en cas de volonté d'utilisation de la thérapeutique de l'autre groupe seront également gratuites (exemple : patient du groupe hypnose voulant avoir un suivi avec un addictologue et avoir des TSN. Les consultations et les TSN seront gratuits comme s'il avait été dans le groupe traité par TSN au départ et inversement.). Cette gratuité globale n'est plus applicable si vous êtes sorti d'étude (non suivi des trois consultations, utilisation d'une autre thérapeutique de sevrage tabagique pendant le mois d'évaluation, etc.) et réorienté vers des thérapeutes en dehors de cette recherche dans le cadre d'une prise en charge classique du sevrage tabagique.

Vous serez accompagné par des professionnels de santé formés spécifiquement à la problématique addictive du tabac. Vous bénéficierez de la prise en charge optimale en tabacologie concernant la délivrance des substituts nicotiques et le suivi psychologique. Les questionnaires et les consultations de suivi vont permettre une surveillance accrue d'éventuelles complications par rapport à un suivi standard.

Chaque étape d'un sevrage est un apprentissage vers un avenir débarrassé du tabac. Ceci implique que même si vous avez simplement réduit votre consommation ou que votre consommation n'est pas modifiée, vous pourrez tout de même en tirer un bénéfice ultérieur.

Quels sont les inconvénients possibles ?

Les patients traités dans le groupe hypnose n'auront pas accès aux traitements de référence (TSN) qui ont prouvé leur efficacité dans le sevrage tabagique lors du mois d'évaluation. Bien que l'hypnose ne présente pas de risque particulier en termes d'effets secondaires, il se peut que ce soit moins efficace que les traitements recommandés. C'est pourquoi il vous sera proposé la possibilité d'utiliser des méthodes qui ont prouvées leur efficacité (tel que les traitements de substitution nicotique) au cours de la troisième consultation de sevrage.

Concernant les TSN, il est recommandé de ne pas utiliser des gommes nicotiques en cas d'appareil dentaire. Il n'y a pas de contre-indication à l'utilisation des substituts nicotiques chez les fumeurs dépendants qui souhaitent arrêter de fumer. Cependant, l'utilisation des substituts nicotiques doit se faire sous contrôle médical chez les femmes qui allaitent et chez les personnes venant de faire un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral. Il peut y avoir des signes de surdosage qui sont faciles à reconnaître : diarrhée, nausées, bouche pâteuse, insomnie, palpitations, impression d'avoir trop fumé. Il est facile de remédier à cette éventualité : il suffit de décoller le patch pendant quelques heures pour diminuer le dosage puis d'adapter la posologie du patch avec votre addictologue. Une allergie cutanée au patch de TSN est possible. Dans ce cas, la forme de délivrance des substituts pourra être adaptée.

Il sera peut-être nécessaire d'aménager votre emploi du temps pour permettre un suivi optimal et d'honorer les consultations de suivi.

Il est possible que la consommation de tabac ne soit pas réduite ou qu'une rechute temporaire ait lieu pendant le mois d'évaluation.

Quels sont vos droits ?

Si cette recherche devait être arrêtée prématurément, quel qu'en soit le motif, par le CH Esquirol ou par une autorité compétente, vous en serez immédiatement informé. Cela n'aurait aucune conséquence sur votre suivi puisque cette recherche n'interfère pas avec lui.

Le médecin qui vous a proposé de participer à cette recherche doit vous fournir toutes les explications nécessaires la concernant. Votre participation reste volontaire, vous avez le droit de refuser de participer ou de vous retirer à quel que moment que ce soit et quel que soit le motif, sans avoir à vous justifier. Vous continuerez à bénéficier du suivi médical et cela n'affectera en rien votre surveillance future.

Dans le cadre de cette recherche biomédicale, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour analyser les résultats qui permettront de comparer l'efficacité de l'hypnose par rapport aux traitements de substitution dans le sevrage tabagique. A cette fin, les données recueillies vous concernant seront transmises au promoteur de la recherche. Seules les

personnes associées à la recherche auront accès aux données. Ces données seront identifiées par un code, donc totalement anonymées et non identifiantes, et conservées sous cette forme. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises et à d'autres entités du Centre Hospitalier Esquirol.

Les données enregistrées à l'occasion de cette recherche feront l'objet d'un traitement informatisé à l'Unité de recherche du centre hospitalier Esquirol de Limoges, sous la direction de l'investigateur P. Nubukpo, de la responsable scientifique de l'unité de recherche M. Girard, dans le respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées par la loi 2004-801 du 6 août 2004.

Cette recherche entre dans le cadre de la « Méthodologie de référence » (MR-001) en application des dispositions de l'article 54 alinéa 5 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'information, aux fichiers et aux libertés. Ce changement a été homologué par décision du 5 janvier 2006. Le Centre Hospitalier Esquirol a signé un engagement de conformité à cette « Méthodologie de référence » en date du 9 février 2007.

Tous les documents relatifs à cette recherche seront conservés par l'investigateur et par le promoteur pour une durée de 15 ans suivant la fin de la recherche dans un local dédié et sécurisé. Les documents relatifs aux événements indésirables graves seront également conservés par le promoteur. Tous ces documents sont sous la responsabilité de l'investigateur pendant la durée réglementaire d'archivage.

Aucun déplacement ou destruction ne pourra être effectué sans l'accord du promoteur. Au terme de la durée réglementaire d'archivage, le promoteur sera consulté pour destruction. Les données recueillies seront détruites après publication des résultats. Toutes les données, tous les documents et rapports pourront faire l'objet d'audit ou d'inspection.

Les données vous concernant sont recueillies et traitées sous la responsabilité du responsable de traitement, promoteur de cette étude, selon les dispositions relatives au Règlement Général sur La Protection des Données de l'Union Européenne (RGPD). Le traitement de vos données s'inscrit dans le cadre des exceptions décrites par le RGPD permettant de traiter des données de santé, notamment à des fins de recherche scientifique. Vos données personnelles ne seront pas transmises vers l'étranger. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès du médecin responsable de l'étude et du responsable du traitement des données. En cas de retrait de consentement, les données recueillies pourront ne pas être effacées et continuer à être traitées dans les conditions prévues par la recherche, selon les impératifs de celle-ci. Vous disposez également d'un droit de limitation au traitement de vos données (article 18), d'introduction de réclamation concernant le traitement de vos données auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés CNIL, autorité de contrôle française. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès de l'investigateur responsable de cette recherche, ou auprès de son collaborateur qui vous suit et qui connaît votre identité.

Conformément à la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine et la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la Politique de Santé Publique (art L1121-1 à L1126-6 du code de la santé publique) décret d'application n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 :

- cette recherche a obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud Méditerranée V le 22 mai 2018 dont a été informée l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM),
- le promoteur de cette recherche, Centre Hospitalier Esquirol, 15 rue du docteur Marcland, 87025 Limoges Cedex, a souscrit une assurance de responsabilité civile auprès de Biomédicinsure (n° contrat : 0100882714020 180002),
- les personnes ayant subi un préjudice après participation à une recherche biomédicale peuvent faire valoir leurs droits auprès des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (art L1121-10 et L1142-3 du code de la santé publique),
- lorsque cette recherche sera terminée, vous serez tenu(e) informé(e) personnellement des résultats globaux par votre médecin dès que ceux-ci seront disponibles, si vous le souhaitez.

Ce document vous appartient et nous vous invitons à en discuter avec votre médecin et vos proches. Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous devez compléter et signer le formulaire de consentement de participation. Un exemplaire du document complet vous sera remis.

Merci de votre lecture attentive.

Annexe 8. Visite d'inclusion

Etude comparée de l'effet du traitement par hypnose versus traitement de substitution nicotinique sur l'intensité du syndrome de sevrage tabagique
(HYPNO-TSN-S)

Etude n° 2018-A00410-55

Cahier d'Observations

Version n° 3 du 24/04/2018

NUMERO DOSSIER

nom première lettre	prénom première lettre	N° d'ordre
_	_	_ _

Date de l'information|_|_|_|_| | 2 | 0 |

Non inclus / inclus à tort Inclus

Date de Signature du consentement|_|_|_|_| | 2 | 0 |

Groupe TSN Groupe hypnose

Récapitulatif (Dates)	Prévisionnel	Réal	Sortie d'étude
Vi : inclusion			
J0 = V1 : 1^{ère} consultation			
J 2 : Auto-évaluation (domicile)			
J 7 (±1j) = V2 : 2^{ème} consultation			
J15 : Auto-évaluation (domicile)			
J 30 (±3j) = V3 : 3^{ème} consultation			

Investigateur coordonnateur :
Professeur NUBUKPO

Collaborateur :
Guillaume LOURMIERE, Interne de spécialité

Pôle Addictologie en Limousin, CH Esquirol, 15 rue du Docteur Marcland, 87025 LIMOGES
tél. 05.55.43.12.18

Patient |_|_|_|_|

Protocole HYPNO-TSN-S
Visite d'inclusion (Vi)

Visite d'inclusion : HYPNO-TSN-S

Nom de l'investigateur ou du collaborateur pour la visite d'inclusion :

Date |_|_| |_|_| |_|_|

1. Rappel du déroulement de l'étude. Informations complémentaires sur l'étude en fonctions des demandes de la personne.
2. Recueil des données du questionnaire de pré-sélection
3. Passation des questionnaires : CAST – AUDIT – FTND – HAM-A – MADRS
4. Vérification des critères de participation
5. **Recueil du consentement**
6. Recueil des données cliniques
7. Passation des questionnaires : CWS-21 – FTCQ12
8. Randomisation et appel pour le rendez-vous pour la première consultation de sevrage tabagique

Recueil des données du questionnaire de pré-sélection

Pré-sélection faite par (médecin traitant, investigateur ou personne associée) :

Date | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ |

→ Souhaitez-vous arrêter ou diminuer votre consommation de tabac ? OUI NON

(Si réponse non, personne non éligible.)

→ Accepteriez-vous de ne pas utiliser d'autres moyens d'arrêt du tabac en dehors de patch nicotinique ou de l'hypnose pendant le mois d'évaluation de l'étude (cigarette électronique, ploom, acupuncture, ...)?

OUI NON

(Si réponse non, personne non éligible.)

→ Test de la dépendance à la nicotine

· Score Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) :

→ Parmi les méthodes suivantes d'aide au sevrage tabagique, lesquelles serez-vous prêt à utiliser ou à réutiliser si l'on vous le propose :

Traitement de substitution nicotinique par patch (+/- gommes) OUI NON

Hypnose OUI NON

Traitements de substitution nicotinique + Hypnose OUI NON

(Les personnes qui auront répondu oui aux trois méthodes pourront être éligible.)

→ Prescription de psychotropes dans le traitement actuel OUI NON

Aucune case cochée « oui » aux questions 3 à 12 correspondant aux critères d'inclusion/non inclusion.

Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)
Test de dépendance à la nicotine
(Test de Fagerström, Heatherton et al.)

1. Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les premières minutes	3
Entre 6 et 30 minutes	2
Entre 31 et 60 minutes	1
Plus de 60 minutes	0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?

Oui	1
Non	0

3. A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

La première le matin	1
N'importe quelle autre	0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

Oui	1
Non	0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1
Non	0

Score : / 10

Patient | _ | _ | _ | _ |

Questionnaire AUDIT
(Alcohol Use Disorders Identification Test)

Instructions : Cochez la case adaptée pour chacune des 10 questions

	Score	0	1	2	3	4
1	Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> 1 fois par mois ou moins	<input type="checkbox"/> 2 à 4 fois/mois	<input type="checkbox"/> 2 à 3 fois par semaine	<input type="checkbox"/> Au moins 4 fois par semaine
2	Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	<input type="checkbox"/> 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3 ou 4	<input type="checkbox"/> 5 ou 6	<input type="checkbox"/> 7 ou 8	<input type="checkbox"/> 10 ou plus
3	Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois	<input type="checkbox"/> Une fois par mois	<input type="checkbox"/> Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque
4	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois	<input type="checkbox"/> Une fois par mois	<input type="checkbox"/> Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque
5	Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois	<input type="checkbox"/> Une fois par mois	<input type="checkbox"/> Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque
6	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois	<input type="checkbox"/> Une fois par mois	<input type="checkbox"/> Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque
7	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois	<input type="checkbox"/> Une fois par mois	<input type="checkbox"/> Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque
8	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passée la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois	<input type="checkbox"/> Une fois par mois	<input type="checkbox"/> Une fois par semaine	<input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque
9	Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		<input type="checkbox"/> Oui, au cours de l'année
10	Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		<input type="checkbox"/> Oui, au cours de l'année

Score : / 40

Patient | _ | _ | _ | _ |

Questionnaire CAST
(Cannabis Abuse Screening Test)

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé du cannabis ? NON

<input type="checkbox"/> OUI (Cochez la case adaptée pour chacune des 6 questions)		0	1	2	3	4
1	Avez-vous fumé du cannabis <u>avant midi</u> ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Assez souvent	<input type="checkbox"/> Très souvent
2	Avez-vous fumé du cannabis <u>lorsque vous étiez seul(e)</u> ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Assez souvent	<input type="checkbox"/> Très souvent
3	Avez-vous eu des <u>problèmes de mémoire</u> quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Assez souvent	<input type="checkbox"/> Très souvent
4	Des amis ou des <u>membres de votre famille</u> vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Assez souvent	<input type="checkbox"/> Très souvent
5	Avez-vous essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis <u>sans y arriver</u> ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Assez souvent	<input type="checkbox"/> Très souvent
6	Avez-vous eu des problèmes à <u>cause de votre consommation</u> de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à école...) ? Lesquels ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Assez souvent	<input type="checkbox"/> Très souvent

Score : / 24

HAM-A
(Hamilton Anxiety Rating Scale)

Cotation : 0 = rien 1 = faible 2 = modérée 3 = forte 4 = très forte

		0	1	2	3	4
1	Etat d'inquiétude : Tracas, anticipation du pire, anticipation effrayante, irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tension : Impression de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, facilité à fondre en larmes, tremblements, impression de ne pas pouvoir tenir en place, impossibilité de se détendre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Etat dépressif : Perte d'intérêt, manque de plaisir dans les loisirs, dépression, réveil matinal, agitation diurne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Conduite pendant l'entrevue : Oubli, tremblement des mains, front plissé, visage tendu, soupirs ou respiration courte, pâleur du visage, déglutition, rots, sursauts tendineux, mydriase, exophtalmie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Peurs – Frayeurs : De l'obscurité, des étrangers, d'être seul, des animaux, de la circulation (auto), des foules.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Intellect : Difficulté de concentration, mémoire défaillante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Insomnie : Difficulté de s'endormir, sommeil intermittent, sommeil non réparateur avec fatigue au réveil, rêves, cauchemars, terreurs nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Symptômes autonomes : Bouche sèche, érythrose, pâleur, tendance à transpirer, étourdissements, maux de tête pendant les périodes de tension, cheveux qui se dressent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Symptômes génito-urinaires : Fréquence de la miction, urgence de la miction, aménorrhée, ménorragie, frigidité, éjaculation précoce, baisse ou perte de la libido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Symptômes cardio-vasculaires : Tachycardie, palpitations, douleur thoracique, sensation des pulsations artérielles, impression de faiblesse (ou d'évanouissement), arythmie (extrasystole).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Somatique – sensorielle : Troubles de la vision (flou), bouffées de chaleur et sueurs froides, impressions de faiblesse (physique), sensations de picotement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Somatique – musculaire : Douleurs musculaires, sursauts musculaires, raideurs musculaires, secousses myocloniques, grincements des dents, voix hésitante (tremblotante), augmentation du tonus musculaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Symptômes gastro-intestinaux : Difficulté de déglutition, gaz, douleurs abdominales, sensations de brûlure, ballonnement abdominal, nausée, vomissements, borborygmes, relâchement des sphincters, perte de poids, constipation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Symptômes respiratoires : Sensation d'oppression, impression d'étouffement, soupirs, dyspnée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score : / 56

MADRS
(Montgomery Asberg Depression Rating Scale)

	0	2	4	6
Tristesse apparente	<input type="checkbox"/> Pas de tristesse	<input type="checkbox"/> Semble découragé	<input type="checkbox"/> Paraît triste et malheureux la plupart du temps	<input type="checkbox"/> Semble malheureux tout le temps
Tristesse exprimée	<input type="checkbox"/> Tristesse occasionnelle (circonstances)	<input type="checkbox"/> Triste, se déride sans difficulté	<input type="checkbox"/> Sentiment envahissant de tristesse	<input type="checkbox"/> Tristesse, désespoir permanent
Tension intérieure	<input type="checkbox"/> Calme, tension intérieure passagère	<input type="checkbox"/> Irritabilité, malaise mal défini occasionnels	<input type="checkbox"/> Sentiments continuels de tension, panique intermittente	<input type="checkbox"/> Effroi, angoisse, panique envahissants
Réduction de sommeil	<input type="checkbox"/> Dort comme d'habitude	<input type="checkbox"/> Légère difficulté à s'endormir	<input type="checkbox"/> Sommeil réduit d'environ 2 heures	<input type="checkbox"/> Moins de 2 ou 3 heures de sommeil
Réduction de l'appétit	<input type="checkbox"/> Appétit normal ou augmenté	<input type="checkbox"/> Appétit légèrement réduit	<input type="checkbox"/> Pas d'appétit	<input type="checkbox"/> Ne mange que si on le persuade
Lassitude	<input type="checkbox"/> Pas de difficultés	<input type="checkbox"/> Difficultés à commencer des activités	<input type="checkbox"/> Les activités routinières sont poursuivies avec effort	<input type="checkbox"/> Grande lassitude. Nécessité d'aide
Incapacité à ressentir	<input type="checkbox"/> Intérêt normal pour l'entourage	<input type="checkbox"/> Capacité réduite à prendre plaisir	<input type="checkbox"/> Perte d'intérêt, perte de sentiments	<input type="checkbox"/> Sentiment de paralysie émotionnelle
Difficultés de concentration	<input type="checkbox"/> Pas de difficultés	<input type="checkbox"/> Difficultés occasionnelles	<input type="checkbox"/> Difficultés à maintenir son attention	<input type="checkbox"/> Incapacité à se concentrer
Pensées pessimistes	<input type="checkbox"/> Pas de pensées pessimistes	<input type="checkbox"/> Idées intermittentes d'échec	<input type="checkbox"/> Auto-accusation, culpabilité persistante	<input type="checkbox"/> Idées délirantes de ruine, d'auto-accusations
Idées de suicide	<input type="checkbox"/> Jouit de la vie	<input type="checkbox"/> Fatigué de la vie, idées de suicide passagères	<input type="checkbox"/> Il vaudrait mieux être mort, idées de suicide courantes	<input type="checkbox"/> Projets explicites de suicide
	Score : / 60			

Scores des questionnaires (Vi)

Avant signature du consentement

1. Dépendance

. Score Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) :

2. Alcool

. Score **AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test) :

3. Cannabis

. Score **CAST** (Cannabis Abuse Screening Test) :

4. Anxiété

. Score **HAM-A** (Hamilton Anxiety Rating Scale) :

5. Dépression

. Score **MADRS** (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) :

Après signature du consentement

6. Échelle de sevrage de la cigarette

. Score Cigarette Withdrawal Scale – 21 items (CWS-21) :

7. Questionnaire de manque tabagique

. Score French Tobacco Craving Questionnaire - 12 items (FTCQ-12) :

Test de grossesse :

POSITIF NEGATIF

Résultat communiqué à la patiente :

OUI NON

Critères d'inclusion

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Homme ou femme de plus de 18 ans | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Sujets fumeurs souhaitant arrêter le tabac | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Dépendance supérieure ou égale à 5 au test de Fagerström | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Patient acceptant d'utiliser toutes les méthodes de sevrage proposées au questionnaire de pré-sélection | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Patient assuré social | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Patient(e) ayant donné(e) son consentement de participation éclairé | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Critères de non inclusion

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Patient(e) en incapacité(e) de comprendre l'étude ou de remplir les questionnaires (analphabète, déficience mentale sévère, ...) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Patient(e) placé(e) sous mesure de protection (tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Femme fumeuse enceinte ou en projet de grossesse | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Maladie grave liée au tabac (BPCO, cancer, ...) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Maladie grave en cours non équilibrée | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Pronostic vital engagé à court terme | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Patient(e) hospitalisé(e) au moment de l'inclusion | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Opération lourde nécessitant un arrêt du tabac prévue dans les 6 mois | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Score > 21 à la MADRS | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Score > 12 chez l'homme et > 11 chez la femme à l'AUDIT | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Score ≥ 3 au CAST | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Score > 29 à l'HAM-A | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Toutes conditions, situations ou circonstances pour lesquelles, selon l'opinion de l'investigateur ou une personne associée mandatée à cet effet, l'indication de l'hypnose n'est pas dans le meilleur intérêt du patient (idées délirantes, idées suicidaires, ...) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Date | _ | _ | | _ | _ | | 2 | 0 | _ | _ |

Nom du Médecin Investigateur

Signature

Données cliniques

ANTECEDENTS MEDICAUX / CHIRURGICAUX

.....

.....

.....

TRAITEMENT

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

Patient |__|__|__|__|

Données socio-démographiques

Age (années) |__|__|

Sexe F M

Profession :

Niveau d'études

- Sans diplôme
- Brevet ou fin d'études 1er cycle du
secondaire
- CAP ou BEP
- Bac ou fin d'études 2ème cycle du
secondaire
- Études supérieures

Etat civil

- Célibataire
- Marié(e)
- Divorcé(e) ou séparé(e)
- En couple (PACS, Concubinage, ...)
- Veuf(ve)

Pratique d'une activité physique régulière (marche, gym douce, ...) OUI NON

Si oui, fréquence hebdomadaire : |__|__| Durée : |__|__|__| minutes

Pratique d'une activité sportive individuelle ou en club OUI NON

Si oui, fréquence hebdomadaire : |__|__| Durée : |__|__|__| minutes

Loisirs (hobbies) OUI NON

Si oui, le(s) quel(s) :

Présence d'un entourage social (amis, famille, ...) OUI NON

Substances psychoactives / comorbidités addictives

Nombre de cigarette fumée / jour actuellement : |__|__|

À quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? à |__|__| ans

Consommation moyenne depuis cet âge :

Nombre de paquet année :

Consommation d'autres substances (cannabis, cocaïne, ...) OUI NON

Comportements addictifs (jeux, bigorexie, ...) OUI NON

Échelle de sevrage de la cigarette
(Cigarette Withdrawal Scale – 21 items (CWS-21), Etter JF, 2005)

Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec chacune des affirmations (a, b, c, d, ... u) en cochant le chiffre correspondant (1 = absolument pas d'accord à 5 = tout à fait d'accord). ➔ **IMPORTANT** : Veuillez répondre à toutes les questions.

1 = Absolument pas d'accord 2 = Plutôt pas d'accord 3 = Plus ou moins d'accord 4 = Plutôt d'accord 5 = Tout à fait d'accord

Dépression - Anxiété		1	2	3	4	5
a	J'ai le cafard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Je n'ai pas le moral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Je me sens inquiet/iète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Je me sens angoissé/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total a+b+c+d :						
Besoin urgent de fumer		1	2	3	4	5
e	J'ai une idée fixe, fumer une cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	La cigarette me manque terriblement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Je ressens un besoin irrésistible de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	J'ai envie de tenir une cigarette entre mes doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total e+f+g+h :						
Irritabilité – Impatience		1	2	3	4	5
i	Je suis irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Je me mets facilement en colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	Je manque de patience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	Je me sens nerveux/se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total i+j+k+l :						
Difficultés de concentration		1	2	3	4	5
m	J'ai de la peine à réfléchir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n	J'éprouve de la difficulté à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o	Il m'est difficile d'être attentive à mes tâches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total m+n+o :						
Appétit – Prise de poids		1	2	3	4	5
p	Je mange d'avantage que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q	Mon appétit est augmenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r	J'ai pris du poids récemment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total p+q+r :						
Insomnies		1	2	3	4	5
s	J'ai des insomnies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t	Je me réveille souvent pendant la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u	Le soir, il m'est difficile de m'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total s+t+u :						
Somme des 21 questions						

Patient | _ | _ | _ | _ |

French Tobacco Craving Questionnaire - 12 items (FTCQ-12)
« Questionnaire de manque tabagique »
Ivan Berlin et Florence Vorspan (2002)

INSTRUCTIONS : Indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations suivantes en cochant une case entre PAS DU TOUT D'ACCORD et TOUT À FAIT D'ACCORD.

Plus vous placez votre marque près d'une extrémité, plus vous indiquez la force de votre accord ou désaccord.

Remplissez chaque ligne s'il vous plaît. Nous cherchons à savoir ce que vous pensez ou sentez à cet instant, au moment précis où vous remplissez ce questionnaire.

1 - Une cigarette maintenant n'aurait pas un bon goût.

Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4	5	6	7	

2 - S'il y avait une cigarette ici, devant moi, il serait très difficile de ne pas la fumer.

Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4	5	6	7	

3 - Si je fumais maintenant, je pourrais réfléchir plus clairement.

Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4	5	6	7	

4 - Fumer une cigarette ne serait pas agréable.

Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4	5	6	7	

5 - Je ferais n'importe quoi pour une cigarette là maintenant.

Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4	5	6	7	

6 - Je me sentirais moins fatiguée si je fumais là, tout de suite.

Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4	5	6	7	

7 - Je fumerais dès que j'en aurai l'occasion.

Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4	5	6	7	

8 - Je ne serais pas capable de contrôler combien je fumerais si j'avais ces cigarettes.

Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4	5	6	7	

9 - Si j'avais une cigarette allumée en main, je ne la fumerais probablement pas.

Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4	5	6	7	

10 - Si je fumais, je me sentirais moins déprimée.

Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4	5	6	7	

11 - Il me serait facile de laisser passer l'occasion de fumer.

Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4	5	6	7	

12 - Je pourrais mieux maîtriser les choses si je pouvais fumer maintenant.

Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4	5	6	7	

Patient | _ | _ | _ | _ |

Utilisez-vous actuellement une méthode (thérapeutique) pour arrêter le tabac ?

NON

OUI :

- Substituts nicotiniques (précisez : patch, gommes, inhaleurs...) :
- Bupropion (Zyban ®)
- Varenicline (Champix ®)
- Cigarette électronique
- Conseils ou consultations d'un spécialiste du tabac
- Consultations téléphoniques
- Interventions par internet
- Psychothérapie comportementale
- Hypnose
- Acupuncture
- Autre (précisez) :

Remarques éventuelles :

Veuillez rappeler la nécessité d'absence d'utilisation de tout autre thérapeutique de sevrage tabagique hormis celle du groupe concerné (TSN ou Hypnose) pendant le mois d'évaluation de l'étude.

Poids et taille pour le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) sur les dires du participant

Poids :

Taille :

IMC :

Avez-vous ou avez-vous eu d'autres problèmes de santé que vous souhaitez nous signaler ?

Avez-vous d'autres médecins qui vous suivent en dehors de votre médecin généraliste ?

Questionnaire de pré-sélection vérifié avec le patient lors de la visite d'inclusion, qui atteste de l'absence de modifications ?

OUI

Si NON, précisez :

L'exemplaire du recueil du consentement pour le patient et celui pour l'investigateur n'ont pas été mis car ils sont identiques.

RECUEIL CONSENTEMENT Version n°3 du 24/04/18	Etude comparée de l'effet du traitement par hypnose versus traitement de substitution nicotinique sur l'intensité du syndrome de sevrage tabagique (HYPNO-TSN-S) Etude n° 2018-A00410-55
Promoteur de la recherche : <u>Investigateur Principal</u> :	CH Esquirol, 15 rue du Dr Marcland, 87025 Limoges, tél. 05.55.43.10.10 Professeur Ph. NUBUKPO, Pôle Addictologie en Limousin tél. 05.55.43.13.21 Centre Hospitalier Esquirol, 15 rue du Docteur Marcland – 87000 LIMOGES
Collaborateur :	Guillaume LOURMIERE, Interne de spécialité, CH Esquirol Limoges, tél. 05.55.43.12.18

Je soussigné(e) (nom, prénom).....
certifie avoir lu et compris la note d'information qui m'a été remise.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais à.....
qui m'a expliqué la nature, les objectifs, les risques potentiels et les contraintes liées à ma participation à cette recherche.

Je connais la possibilité qui m'est réservée d'interrompre ma participation à cette recherche à tout moment sans avoir à justifier ma décision et je ferai mon possible pour en informer le médecin qui me suit dans la recherche. Cela ne remettra naturellement pas en cause la qualité des soins ultérieurs.

J'ai eu l'assurance que les décisions qui s'imposent pour ma santé seront prises à tout moment, conformément à l'état actuel des connaissances médicales. J'ai eu la garantie que toute information nouvelle survenant en cours d'essai et susceptible de modifier le consentement me sera donnée.

J'ai pris connaissance que cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud Méditerranée V le 22 mai 2018 et l'ANSM en a été informée.

Le promoteur de la recherche (Centre Hospitalier Esquirol, 15 rue du Docteur Marcland, 87025 Limoges) a souscrit une assurance de responsabilité civile en cas de préjudice auprès de la société Biomedic Insure (contrat d'assurance n°0100882714020 180002).

J'accepte que seules les personnes qui collaborent à cette recherche ou qui sont mandatées par le promoteur, ainsi qu'éventuellement le représentant des Autorités de Santé, aient accès à l'information dans le respect le plus strict de la confidentialité.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche, puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur ou pour son compte.

J'ai bien noté que, conformément aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles, je dispose d'un droit d'accès et de rectification. Je dispose également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès de l'investigateur responsable de cette recherche ou auprès de son collaborateur qui me suit dans le cadre de cette recherche et qui connaît mon identité, ou encore auprès du responsable du traitement, promoteur de l'étude. Le promoteur a souscrit à la méthode de référence MR001.

Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de la recherche de leurs responsabilités à mon égard. Je conserve tous les droits garantis par la loi.

Les résultats globaux de la recherche me seront communiqués directement, si je le souhaite, conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

J'ai pris connaissance de l'obligation que mon consentement soit recueilli pour cette recherche.

Il m'a été spécifié que je reçois un exemplaire de ce document, que le promoteur et l'investigateur en conserveront également un exemplaire.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche mentionnée. Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires auprès de l'investigateur de cette recherche tél.

Fait à

Fait à

le

le

Signature de l'investigateur ou de son représentant

Nom-prénom

Signature du participant

- 1^{er} feuillet (original) : à conserver à part par l'investigateur pendant 15 ans dans un lieu sûr fermant à clé
- 2^{ème} feuillet : à remettre au patient/sujet après signatures
- 3^{ème} feuillet : à ranger dans le classeur investigateur, il sera demandé ultérieurement par le promoteur

exemplaire promoteur

Annexe 9. Avis favorable du CPP



Projet de Recherche
Enregistré sous le numéro : 18.019

Le Comité a adopté la délibération suivante :

AVIS FAVORABLE

A la mise en œuvre de cette recherche sur la personne humaine considérant que les conditions de validité de la recherche, notamment celles définies dans l'article L. 1123-7 du Code de Santé Publique, étaient réunies.

Nous vous demandons, conformément à la réglementation, de nous déclarer la date de début de l'étude le plus rapidement possible. Pour information, la validité de cet avis est de deux ans à compter de sa date d'émission.

Le Président du CPP SUD MEDITERRANEE V
Docteur Philippe BAGE

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES – SUD MEDITERRANEE V
C.H.U - HOPITAL DE CIMIEZ – CS 91179 – 06003 NICE CEDEX 1
TELEPHONE : 04.92.03.44.09 - TELECOPIE : 04.92.03.44.10 -
E-MAIL : cppsudmediterraneev@chu-nice.fr -
SITE INTERNET : <http://cpp-sud-mediterranee-v.fr>

DOE/R2/R575/V12

Consignes protocole HYPNO-TSN-S

- Avant votre consultation de sevrage tabagique, vous aurez à récupérer le CRF au secrétariat du PUA au niveau du PC10.
- Le déroulement de la consultation est résumé sur la première page du CRF pour chaque consultation. Tous les documents dans le CRF sont à laisser dedans.
- **A la fin de la consultation de sevrage tabagique :**
 - Pour le groupe traité par hypnose :
 - Vous aurez uniquement la feuille d'auto-hypnose à délivrer au patient après votre première séance d'hypnose faite à J0.
 - Remettre les auto-questionnaires (J2 ou J15 en fonction du suivi) et la carte de participation complétée pour le rendez-vous de la prochaine consultation.
 - Pour le groupe traité par TSN :
 - La démarche à suivre pour la délivrance des TSN se situe dans la salle de soins au niveau du PC10. Vous pouvez également demander conseils au secrétariat du PUA et/ou la pharmacie. L'ordonnance explicative et la plaquette d'information sur les TSN sont également dans la salle de soins.
 - Remettre les auto-questionnaires (J2 ou J15 en fonction du suivi) et la carte de participation complétée pour le rendez-vous de la prochaine consultation.
- Une fois le CRF complété à la fin de la consultation de sevrage, vous pourrez le déposer au secrétariat du PUA.
- Le secrétariat du PUA se chargera d'appeler les patients deux jours avant leur consultation en guise de mémo et le jour prévu ou ils doivent remplir les auto-questionnaires.

N'hésitez pas à nous contacter en cas de questions ou d'imprévus (cf. contacts utiles).

En vous remerciant

Consignes de délivrance des TSN

Vous trouverez ci-joint la démarche à suivre pour le protocole d'étude HYPNO-TSN-S pour la délivrance des TSN une fois la consultation de sevrage tabagique faite (et le CRF complété).

1. Veuillez remplir l'ordonnance intitulée « **Ordonnance de substituts nicotiniques** » et la mettre dans le classeur au numéro de patient correspondant au numéro d'anonymat.

Exemple : Patient | _P_|_G_|_0_|_7_| → numéro 07

2. Veuillez remplir la ou les **feuilles de gestion du stock** en fonction du substitut nicotinique que vous délivrez en plus des **patchs nicotiniques** (**gommes** ou **comprimés à sucer**). La feuille doit être laissée dans le classeur.
3. Veuillez remplir la feuille intitulée « **Feuille informative de prescription des substituts nicotiniques** » que vous allez remettre à votre patient en même temps que vous remettrez les **TSN avec l'étiquette remplie** (numéro du patient) sur le conditionnement (blister ou boîte en fonction de la quantité).
4. Pensez à demander au patient de **ramener le conditionnement** délivré (blister ou boîte ; même vide) **ainsi que les traitements de substitution non utilisés**.

En vous remerciant

Contacts utiles pour prévenir d'une importante diminution de stock ou en cas de questions concernant la délivrance des TSN.

Secrétariat Pharmacie

..... 05.55.0

..... 05.55.0

Pharmacienne

..... 05.55.0

Patient |_|_|_|_|_|

Protocole HYPNO-TSN-S
J0 J7 J30

Ordonnance de substituts nicotiniques

A compléter par le médecin prescripteur

Investigateur : Pr. NUBUKPO

Non du médecin prescripteur * :

Numéro de téléphone :

Consultation (cocher la consultation correspondante) :

Première consultation (J0) Deuxième consultation (J7) Troisième consultation (J30)

Dispositif transdermique (dose par 24 h) :

7 mg 14 mg 21 mg

Quantité dispensée (pour |_|_| jours) :

Si prescription d'interdoses :

Gommes 2 mg 4 mg Ou Comprimés à sucer 2 mg

Quantité dispensée (nombre par jour |_|_| x |_|_| jours) :

Signature du médecin prescripteur

Date |_|_| |_|_| |_|_|

A compléter par le pharmacien

Nom du pharmacien * :

Numéro de téléphone :

Numéro d'ordonnancier :

Spécialités / Quantités dispensées / Numéro de lot / Date de péremption :

Signature du pharmacien

Date |_|_| |_|_| |_|_|

*Le médecin et le pharmacien doivent être listés sur la signature / Délégation Form (disponible dans le classeur pharmacie et dans le classeur investigateur)

Patchs nicotiniques

Médecin prescripteur	N° Patient	Date	Préciser le dosage (7 mg <u>ou</u> 14 mg <u>ou</u> 21 mg)	Quantité dispensée	Numéro de lot <u>et</u> Date de péremption	Signature
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _				

Gommes nicotinniques

Médecin prescripteur	N° Patient	Date	Préciser le dosage (2 mg ou 4 mg)	Quantité dispensée	Numéro de lot et Date de péremption	Signature
	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _				
	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _				

Comprimés à sucer nicotiniques (2 mg)

Médecin prescripteur	N° Patient	Date	Quantité dispensée	Numéro de lot et Date de péremption	Signature
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _			
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _			
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _			
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _			
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _			
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _			
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _			
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _			
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _			
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _			

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Intérêt du traitement par hypnose versus traitement de substitution nicotinique sur l'intensité du syndrome de sevrage tabagique : présentation de l'étude HYPNO-TSN-S et rapport des premières observations cliniques

L'arrêt du tabac est un enjeu de santé publique planétaire. Le syndrome de sevrage tabagique conditionne la réussite de l'arrêt du tabac. Le fait de limiter son intensité améliore la probabilité d'abstinence et, en cas d'échec, incite à de nouvelles tentatives de sevrage. La dépendance représente un ensemble dynamique complexe qui ne se limite pas à la dépendance physique. L'hypnose peut être un outil de choix dans la prise en charge globale du syndrome de sevrage tabagique. Notre objectif principal est de comparer l'intensité du syndrome de sevrage tabagique à sept jours (J7) suivant un sevrage tabagique chez des patients adultes fumeurs entre un groupe traité par hypnose et un groupe traité par traitement de substitution nicotinique. Nous avons mis en place une étude prospective de supériorité, contrôlée, randomisée et ouverte, validée par le CPP, qui vise à comparer deux groupes parallèles de patients adultes fumeurs suivis pendant un mois. C'est une étude monocentrique sur 30 patients. Le recrutement se fait chez le médecin généraliste lors d'une demande de sevrage en tabac. Nous avons créé un protocole d'hypnose de sevrage adapté à l'étude mais également uniformisé les consultations de sevrage en tabac des deux groupes pour limiter les biais. Le critère de jugement principal est évalué par le score de la Cigarette Withdrawal Scale (CWS-21) à J7. Nous avons actuellement treize sujets inclus. Nous n'avons pas de perdus de vue ni de donnée manquante à ce stade. Il est nécessaire de finir cette étude pour pouvoir présenter des résultats détaillés. Pour autant les premiers résultats semblent cohérents et l'observation clinique met déjà en avant un potentiel probable de l'hypnose sur la confiance au succès du sevrage en tabac. Cette étude pourrait être un argument supplémentaire pour considérer l'hypnose dans le sevrage du tabac et ouvrir la voie à des études complémentaires afin de promouvoir son développement et son accès.

Mots-clés : syndrome de sevrage en tabac, hypnose, traitement de substitution nicotinique, essai contrôlé randomisé

Interest of hypnosis treatment versus nicotine replacement therapy on the intensity of the smoking cessation syndrome: presentation of the HYPNO-TSN-S study and first case reports

Smoking cessation is a global public health issue. The tobacco withdrawal determines the success of quit smoking. Reduce the symptoms of weaning improves the likelihood of abstinence and encourages further attempts to quit smoking. Dependence represents a complex dynamic set that is not limited to physical dependence. Hypnosis can be helpful in the global management of smoking cessation syndrome. Our main objective is to compare the intensity of smoking cessation syndrome at seven days (D7) after smoking cessation in adult smokers between a group treated with hypnosis and a group treated with nicotine replacement therapy. We have established a prospective monocentric study, with ethic validation, on 30 patients. This is a randomized controlled trial to compare two parallel groups of adult smokers followed for a month. Recruitment is done by the general practitioner during a request for smoking cessation. We developed a study-specific weaning hypnosis protocol but also standardized the weaning consultations. The primary endpoint is assessed by the score of Cigarette Withdrawal Scale (CWS-21) at D7. We currently have thirteen subjects included. At this stage of study, we have all the data and no lost to follow-up. It is necessary to finish this study to be able to present detailed results. However, the first results seem consistent and the clinical observations highlight a probable potential of the hypnosis on the self-confidence to the success of the smoking cessation. This study could be an additional argument for considering hypnosis in smoking cessation syndrome and for further studies to promote hypnosis and expand his access.

Keywords: tobacco withdrawal, hypnosis, nicotine replacement therapy, randomized controlled trial

