

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2019

N° 2019-240

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES DE MEDECINE GENERALE)

par

Marie LEROY

née le 3 août 1992 à Rennes

Présentée et soutenue publiquement le 12 novembre 2019

**Facteurs prédictifs d'un succès de l'hypnothérapie
dans le sevrage tabagique**

Étude monocentrique non interventionnelle rétrospective auprès d'un hypnothérapeute

Président : Monsieur le Professeur NIZARD Julien

Directrices de thèse : Pr BOUTON Céline et Dr NOCET Sophie

Remerciements

A mon Président de Jury, Monsieur le Professeur Julien Nizard,

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience en présidant mon jury de thèse.

Veuillez croire en l'expression de ma profonde considération.

A Madame la Professeure Marie Grall-Bronnec,

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de mon estime.

A Madame la Docteure Fodorean,

Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité au cours de ce travail et pour la confiance que vous m'avez accordée en me donnant accès aux dossiers de vos patients. Votre approche de l'hypnose est réellement stimulante, elle m'aura permis d'acquérir un bagage précieux pour l'avenir.

A ma directrice de thèse, Madame la Professeure Céline Bouton,

Tu as été une aide précieuse pour la réalisation de cette thèse. Je te remercie sincèrement pour tes éclaircissements méthodologiques aussi bien que pour tes remarques sur le fond. Tu m'auras apporté un cadre rassurant pour la réalisation de ce travail.

A ma directrice de thèse, Madame la Docteure Sophie Nocet,

Je tiens à t'exprimer toute ma gratitude pour ton accompagnement tout au long de ce travail. Je suis honorée que tu aies accepté de te lancer dans l'aventure de l'encadrement de thèse avec moi. Nos échanges et ton approche de l'hypnose m'ont permis de construire ce travail, de m'ouvrir à cette thérapeutique et ainsi d'enrichir ma pratique.

A tous ceux qui m'ont appris la médecine, sous toutes ses facettes. Je tiens tout particulièrement à remercier mes maîtres de stages ambulatoires : pratiquer à vos côtés et échanger avec vous m'a permis de beaucoup grandir et d'aborder mon début d'exercice avec sérénité. Aux paramédicaux, associés indispensables, votre expérience et votre bienveillance se sont parfois révélés salvatrices. Aux patients, évidemment, qui sous-estiment sûrement tout ce qu'ils peuvent nous apporter.

Aux Cessonnois(es) : nous nous sommes construits ensemble, vous revoir constitue toujours un retour aux sources très bénéfique. Je suis extrêmement chanceuse de vous avoir !

Aux Rennais(es) : mes années de faculté n'auraient clairement pas été les mêmes sans vous ! Le WE d'intégration a définitivement très bien fait son job en nous permettant de nous trouver ... Nous partageons bien plus que notre orientation professionnelle et je suis impatiente de voir ce que l'avenir nous réserve à tous !

Aux Nantais(es) : oubliées les inquiétudes de début d'internat, de mon premier semestre il ne reste que des belles rencontres ; la vie à l'internat est un réel catalyseur ! Réunis autour d'une chèvre à Saint Nazaire ou d'une tortue en Martinique, ces 3 années auront été riches en souvenirs et quelque chose me dit que ce n'est que le début !

A ma famille :

A mes parents et mes grands frères, votre soutien indéfectible aura été déterminant. Papa, Maman, merci pour les valeurs que vous m'avez transmises et qui m'ont guidée vers ce métier.

A mes grands-parents, pour leur éternel regard bienveillant et soucieux.

A Ronan, Julie, Sylvain et *Surprise* que je me réjouis de pouvoir voir grandir.

Sans oublier Ayla qui tolère des heures et des heures de révisions sans broncher !

A Josselin : conjoint, ami, cavalier, confident et bientôt mari, merci d'être à mes côtés et de porter toutes ces casquettes. Chaque aventure nécessite un premier pas : ces années carabines n'étaient que l'introduction à notre histoire...

Sommaire

Liste des abréviations	4
Introduction	5
Matériels et méthodes	7
I. Type d'étude	7
II. Population étudiée	7
a. Critères d'inclusion	7
b. Critères d'exclusion	7
III. Description de l'intervention	7
a. Critères de prise en charge en hypnothérapie par le praticien	7
b. Protocole d'hypnothérapie	8
IV. Recueil de données	10
a. Recueil initial	10
b. Recueil final	10
V. Critère de jugement principal	10
VI. Méthode statistique	10
VII. Ethique et aspect médico-légal	11
Résultats	11
I. Population étudiée et taux de sevrage	11
II. Objectif principal	14
III. Objectifs secondaires	16
Discussion	17
I. Validité interne	17
II. Validité externe	18
III. Efficacité de la méthode	19
IV. Facteurs prédictifs du sevrage	20
V. Satisfaction	22
Conclusion	23
Bibliographie	25
Annexe 1 : Résumé du protocole	30
Annexe 2 : Catégories socio professionnelles	31
Annexe 3 : Note de contact et information destinées aux patients	32
Annexe 4 : Questionnaires	33
I. Questionnaires remplis par les patients avant le premier entretien	33
II. Formulaire de recueil initial	42
III. Questionnaire à 1 an	48
Annexe 5 : Engagement de conformité MR004	50

Liste des abréviations

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CSP : Catégorie SocioProfessionnelle

DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool

DM : Donnée Manquante

EBM : Evidence Based Medicine

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

IC : Intervalle de Confiance

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

PA : Paquets-Année

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

Introduction

En France, le tabac est actuellement considéré comme la première cause de mortalité évitable avec 75 000 décès prématurés chaque année (1). Au vu des tendances de consommation, ces chiffres risquent d'être doublés d'ici 2025 (2). La France reste par ailleurs en Europe un des pays développés les plus consommateurs (3). Avec un coût social estimé à 120 milliards d'euros en 2010 (4), la consommation tabagique constitue donc un réel problème de santé publique. Quelle que soit la quantité consommée et la durée d'exposition, les bénéfices de l'arrêt du tabac en terme de morbi-mortalité sont majeurs (5). D'autre part, les études révèlent que la réduction du nombre de cigarettes consommées est inefficace sur la mortalité (6). L'objectif pour les patients fumeurs doit donc être un sevrage complet.

Dans ce contexte, un plan national de lutte contre le tabac a été mis en place. Celui-ci implique notamment l'augmentation progressive du prix du paquet de cigarettes mais également le remboursement classique des substituts nicotiniques par l'Assurance Maladie et l'extension des professionnels de santé habilités à les prescrire (médecins, sages-femmes, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers) (7,8). L'aide au sevrage tabagique représente donc une des missions fondamentales des professionnels de santé, et en premier lieu des médecins généralistes.

La HAS (Haute Autorité de Santé) recommande en première intention les traitements nicotiniques de substitution et l'accompagnement du patient (soutien psychologique, thérapies cognitivo comportementales ...). Les traitements médicamenteux comme la varénicline ou le bupropion sont recommandés en seconde intention (2). Par ailleurs, le bénéfice de certaines méthodes comme l'activité physique, l'acupuncture et l'hypnothérapie n'est pas établi. Enfin, le HCSP (Haut Conseil de Santé Publique) reconnaît l'usage de la cigarette électronique comme un outil d'aide à l'arrêt du tabac mais rappelle également la non innocuité de la vapeur qui en émane (9).

Les outils validés pour le sevrage tabagique semblent à ce jour insuffisants. En effet, les substituts nicotiniques permettent d'obtenir un taux de sevrage à 1 an fluctuant entre 11.6 et 25% selon les études (10–20). Les professionnels de santé se sentent souvent en difficulté pour mettre en place les thérapies cognitivo-comportementales et autres soutiens psychologiques, par manque de temps et de formation. Enfin, les traitements tels que la varénicline et le bupropion sont associés à des taux de sevrage à 1 an autour de 14 à 27% pour le premier et 6 à 16% pour le second, selon les études (21–25). De plus, ils présentent des effets indésirables possiblement graves, qui limitent leur utilisation (2,26). Il est donc

indispensable de poursuivre les études concernant les méthodes alternatives de sevrage tabagique, afin de pouvoir élargir le panel d'outils à disposition des patients et des professionnels de santé.

L'hypnose représente une des techniques possibles d'aide au sevrage tabagique. Longtemps dénigrée, celle-ci connaît depuis le vingt-et-unième siècle, un nouvel essor, notamment grâce à Milton H. Erickson. L'hypnose se définit comme un "état modifié de conscience, pendant lequel la conscience est "rétrécie" (par focalisation de l'attention ou concentration extrême) et en même temps élargie (par une sorte de disponibilité à soi et à l'environnement)" (27). L'état de transe ainsi obtenu accorde au patient une réactivité accrue aux suggestions. A l'inverse de l'hypnose "traditionnelle", qui est directive et use de suggestions directes, l'hypnose ericksonnienne est dite "permissive" et emploie des suggestions indirectes. Cette dernière repose sur le principe que le patient possède en lui les ressources nécessaires pour résoudre le problème qu'il rencontre. Le soignant, par le biais des suggestions, va aider le patient à mobiliser ces ressources.

Actuellement, le bénéfice de l'hypnose est reconnu dans plusieurs domaines. Elle a démontré son efficacité à visée antalgique, notamment chez les grands brûlés (28), lors d'interventions chirurgicales (29) et pour soulager les douleurs chroniques (30). En oncologie, elle est indiquée en traitement de support à tous les stades de la maladie : au cours des examens complémentaires, des traitements ou lors de la réhabilitation (31). L'hypnose aurait également un bénéfice à court terme sur le syndrome du côlon irritable (32). En pratique, ses indications non reconnues sont larges, notamment sur le plan des pathologies psychosomatiques et psychiatriques, mais les données scientifiques sont à ce jour insuffisantes pour la recommander.

C'est notamment le cas du sevrage tabagique. En effet, une revue de la littérature de 2019 par la Cochrane considère que les données concernant l'hypnose et le sevrage tabagique sont insuffisantes et trop hétérogènes pour pouvoir valider cette méthode (33). Cependant, du fait d'une innocuité apparente (29) et d'un intérêt grandissant des patients pour cette thérapie (34,35), il est justifié de poursuivre les recherches sur ce sujet. Au-delà de prouver l'efficacité de l'hypnose, les études précédentes soulignent l'intérêt de définir les caractéristiques des patients prédisant un succès de l'hypnothérapie (36, 37). Cela permettrait en effet de définir un profil des patients les plus à même de répondre à l'hypnothérapie dans le cadre du sevrage tabagique.

Cette étude suit une cohorte de patients ayant entrepris un sevrage tabagique par hypnothérapie. L'objectif principal est de définir les facteurs prédictifs d'un succès de l'hypnothérapie pour le sevrage tabagique à 1 an. L'objectif secondaire est d'évaluer si, en

cas d'absence de sevrage, il existe une diminution du tabagisme. Il consiste également à recueillir l'analyse des patients concernant les causes d'échec de sevrage et leur satisfaction concernant la thérapie.

Matériels et méthodes

I. Type d'étude

Cette étude quantitative non interventionnelle a suivi de façon rétrospective une cohorte de patients traités par hypnothérapie pour un sevrage tabagique.

II. Population étudiée

a. Critères d'inclusion

L'ensemble des patients traités par le Dr Fodorean à l'hôpital privé du Confluent à Nantes entre juin 2017 et juillet 2018 a été inclus.

b. Critères d'exclusion

Les patients ayant assisté uniquement à l'entretien préalable ont été exclus contrairement aux patients qui n'ont assisté qu'à une séance d'hypnothérapie. Les patients ayant exprimé leur refus de participer lors de la prise de contact à 1 an de la thérapie ont été exclus.

III. Description de l'intervention

a. Critères de prise en charge en hypnothérapie par le praticien

Les patients présentant une surdité ne sont en général pas pris en charge par hypnothérapie. La présence de trouble psychotique instable ou d'un traitement neuroleptique est également une contre-indication à cette thérapeutique.

Les séances ont eu lieu à Nantes uniquement et le temps moyen entre la demande de rendez-vous et la première séance était de 2 mois. Les patients devaient être adressés par leur médecin traitant à la consultation. Cela permettait de s'assurer que ce dernier était intégré à la démarche de sevrage. Il pouvait ainsi assurer le suivi du sevrage et le renforcer au décours de l'hypnothérapie. Les séances d'hypnose avaient lieu par groupe de 4 personnes maximum. Tous les patients étaient majeurs.

Les entretiens individuels étaient cotés 25 euros et remboursés au titre d'une consultation de médecin généraliste. La partie hypnose, hors nomenclature, était cotée 45 euros chaque séance. Le coût total était donc de 165 euros, dont 90 euros hors nomenclature, à la charge des patients. Certaines mutuelles pouvaient rembourser partiellement ou complètement cette prise en charge.

b. Protocole d'hypnothérapie

Dr Fodorean est médecin généraliste, formée à la tabacologie et à l'hypnose. Elle est également formatrice en hypnose. Elle a développé un protocole d'hypnose en groupe pour le sevrage tabagique. Trois séances ont eu lieu en 10 jours.

Dans un premier temps, en amont du premier entretien, il était demandé aux patients de remplir une série de questionnaires (annexe 4-I).

Le test de Fageström et le questionnaire HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) sont recommandés par la HAS pour l'évaluation initiale d'un patient demandeur d'un sevrage tabagique. Le premier permet d'évaluer le niveau de dépendance à la nicotine, le second de dépister une symptomatologie anxieuse ou dépressive : celle-ci est jugée "certaine" si le score obtenu est ≥ 11 , "douteuse" en cas de score compris entre 8 et 10. Les patients remplissaient également le test de dépression de Beck qui fait évoquer une dépression en cas de score supérieur à 21. Enfin, le test de Horn vise à décrire le profil psychologique des fumeurs. Un score > 10 dans une catégorie indique une raison qui pousse le patient à fumer.

Ensuite, le questionnaire permettait de définir la fonction de la cigarette auprès du patient. Dr Fodorean a déterminé 4 principaux groupes de fonctions que la cigarette assure selon les patients : un rôle de détente / de centration, de soutien / de sécurité, d'évasion / de liberté ou de convivialité / de plaisir partagé.

Puis les patients étaient interrogés sur leurs préférences auditives, visuelles, gustatives afin d'établir un "diagnostic sensoriel". En effet, chaque personne dispose de canaux sensitifs préférentiels qui déterminent sa façon de percevoir l'environnement. Certains sujets sont plutôt visuels, d'autres auditifs, cénesthésiques, olfactifs ou gustatifs. Par la suite, l'état hypnotique serait plus facilement obtenu en stimulant de façon répétée le canal sensoriel préférentiel du patient lors de l'induction (adaptation du lexique, utilisation de métaphores adaptées à cette voie sensitive).

Enfin, il était également demandé aux patients de définir un lieu agréable qui serait ensuite utilisé lors des séances d'hypnothérapie. Ce lieu de sécurité devait leur permettre de retrouver une situation dans laquelle ils s'étaient sentis libres et capables de choisir.

Les patients ont alors été reçus seuls au cours d'un entretien préalable. Au cours de cet entretien, à partir des questionnaires remplis, Dr Fodorean utilisait l'hypnose conversationnelle d'inspiration narrative afin d'amener le patient à modifier sa posture vis à vis de la cigarette. Il s'agissait de le faire passer de "Je suis un fumeur" à "Je suis en relation avec quelque chose, en l'occurrence la cigarette". En effet, l'hypnose narrative vise à ne pas définir le sujet par son problème afin de lui permettre de s'en détacher plus facilement. Externaliser ainsi la cigarette permettait de repositionner le patient comme étant "acteur" de son histoire.

A l'issue de l'entretien, l'analyse de la relation de la cigarette avec soi, avec les autres puis avec le monde permettait de révéler les incohérences de la cigarette avec les principes de vie des patients. Par exemple, chez une personne très attachée à la notion de justice, elle a évoqué le fait que le tabagisme la poussait parfois à prendre les cigarettes de son conjoint alors que le vol était tout à fait contraire à ses principes. D'autres patients mettaient en avant qu'ils souhaitaient être un bon modèle pour leurs enfants et ne pas vouloir les voir fumer plus tard.

Suite à la révélation de ces incohérences, Dr Fodorean a attribué à chaque patient une "tâche thérapeutique". Celle-ci était adaptée à chacun, selon les données collectées au premier rendez-vous. Par exemple, certains patients avaient reçu pour consigne de ne plus fumer dans certains lieux, de modifier leur geste, d'interrompre chaque cigarette à la moitié, de dissocier café et cigarette ou de ne pas réaliser de tâche annexe lorsqu'ils fumaient une cigarette. En pratique, grâce au regard différent révélé par l'entretien initial, cette tâche thérapeutique permettait surtout aux patients d'expérimenter le changement qu'ils pouvaient acquérir.

Cet entretien initial permettait au Dr Fodorean de rédiger une fiche pour chaque groupe de 4 personnes maximum, qui lui servait de guide pour les séances d'hypnothérapie. Cette fiche comportait :

- l'objectif principal du sevrage : en lien avec la fonction tenue par la cigarette auprès des patients
- le lieu de sécurité choisi avec nécessité de trouver des suggestions qui seraient valables pour les lieux de tous les patients
- les méta-attentes, au-delà de l'objectif principal
- la cigarette préférée
- les gains attendus en insistant sur la priorité de chacun

Quelques jours après l'entretien initial, les deux séances d'hypnose ont été réalisées à 48h d'intervalle. D'une durée de 2 heures chacune, elles débutaient par 5 à 10 minutes

d'entretien individuel puis 1h30 de séance d'hypnothérapie en groupe. Ces transe hypnotiques, volontairement longues, permettaient de coller au rythme circadien, propice aux hypnoses plus profondes.

Lors de la transe, Dr Fodorean utilisait des métaphores, permettant une lecture à deux niveaux : l'histoire racontée à proprement parler mais également l'interprétation qu'en faisait le patient. Les métaphores étaient adaptées aux patients, selon les données recueillies lors de l'entretien préalable. Ainsi, la métaphore de l'envol ne sera pas utilisée si une personne a exprimé une peur du vide. Elles abordaient en général le fait de se détacher, de faire un choix, de se libérer. Les groupes de patients présentaient en général une homogénéité permettant l'utilisation d'une métaphore unique. Néanmoins, il était parfois nécessaire de faire usage de plusieurs métaphores.

Au cours de cette première séance, les patients ont expérimenté une mise en contact avec leurs propres ressources : leur capacité à se calmer, à être libre, à se sentir fier ... Cela leur permettait de revivre, de ressentir, d'expérimenter des sensations corporelles. Les patients étant en quelque sorte "anesthésiés" par leur tabagisme (perte du goût, de l'odorat), les retrouvailles avec les sensations corporelles étaient pour le Dr Fodorean l'occasion d'un travail sur la sensation de la fumée de cigarette. Il était alors évoqué le ressenti de la fumée, son inhalation puis son passage dans les voies respiratoires, son entrée dans les cellules.

Enfin, la séance abordait un travail sur les mouvements, sur le geste associé au tabagisme et sa symbolique. Les patients étaient alors amenés à modifier leur geste, à l'arrêter, à le transformer.

La seconde séance d'hypnose de groupe était précédée d'un rapide entretien individuel, permettant d'aborder le vécu de la première session.

Les patients ayant déjà expérimenté l'hypnose, la deuxième séance permettait d'atteindre une transe plus profonde, sujette à une plus grande permissibilité. Elle faisait l'objet d'un travail plus global sur la dépendance et les ressources. Selon les besoins des groupes, des métaphores étaient ajoutées sur la lutte/le combat, les ressources.

Selon la méthode de Rossi, un travail sur les mains était réalisé. Il permettait de mobiliser les ressources globales.

Ensuite, un second travail était effectué : la main des patients était mise en catalepsie et représentait le levier de l'envie de fumer. Dr Fodorean faisait ensuite passer les patients à travers plusieurs situations à risque d'envie de fumer telles qu'une soirée entre amis ou un événement stressant. A chaque situation, les patients pouvaient mobiliser leur main vers le haut ou vers le bas, afin d'expérimenter différents niveaux d'envie. Cet exercice permettait de reprogrammer le cerveau et d'effectuer une projection vers l'avenir. Les patients pouvaient ainsi se préparer à traverser les situations futures avec de nouvelles ressources.

IV. Recueil de données

a. Recueil initial

Les données initiales ont été recueillies à partir des questionnaires remplis par les patients pour l'entretien préalable. Les informations sociodémographiques, concernant l'entourage familial, le tabagisme (nombre de cigarettes par jour, durée du tabagisme, score de Fagerström, nombre de tentatives de sevrage antérieures), la motivation à l'arrêt, les co-addictions, les scores HAD ont donc été recueillis à partir des dossiers médicaux (annexe 4-II). Certaines données disponibles n'ont pas été étudiées. En effet, les informations concernant les méthodes de sevrage antérieures n'ont pas été intégrées car elles sont trop diverses et leur classification n'est pas simple à établir pour le patient. La notion de « respect de la tâche thérapeutique » a été exclue de cette étude car elle semblait trop subjective. Le questionnaire de dépression de Beck n'a pas été intégré dans les données car l'échelle HAD comporte déjà une mesure de la dépression et est proposée comme outil d'évaluation par la HAS pour le sevrage tabagique.

b. Recueil final

A un an de la prise en charge par hypnothérapie, les patients ont été contactés par mail (annexe 3). Le questionnaire adressé (annexe 4-III) visait à déterminer leur statut sevré/non sevré, les thérapeutiques associées, l'impact sur leur tabagisme et leur comportement. En cas d'absence de réponse au questionnaire, les patients ont été contactés par téléphone. Les questions étaient alors posées telles que sur le questionnaire informatique. En cas de non réponse après 3 appels, les patients ont été considérés comme perdus de vue.

V. Critère de jugement principal

Le sevrage est défini comme l'arrêt complet du tabagisme à 1 an de l'intervention. La consommation occasionnelle est considérée comme une absence de sevrage.

VI. Méthode statistique

La population étudiée est décrite par l'utilisation de moyennes et d'écarts types pour les variables quantitatives et par des fréquences et pourcentages pour chaque variable qualitative. Les groupes sevrés et non sevrés ont été comparés avec l'utilisation d'un test paramétrique de Student pour les variables quantitatives. Les variables qualitatives ont été

comparées à l'aide d'un test de Chi2 ou de Fisher en cas d'effectifs faibles. Les statistiques ont été réalisées à l'aide de BiostaTGV.

VII. Ethique et aspect médico-légal

L'information des patients, le recueil du consentement et l'anonymisation des données ont été réalisés selon la méthodologie de référence MR 004 de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) (annexe 5).

Résultats

I. Population étudiée et taux de sevrage

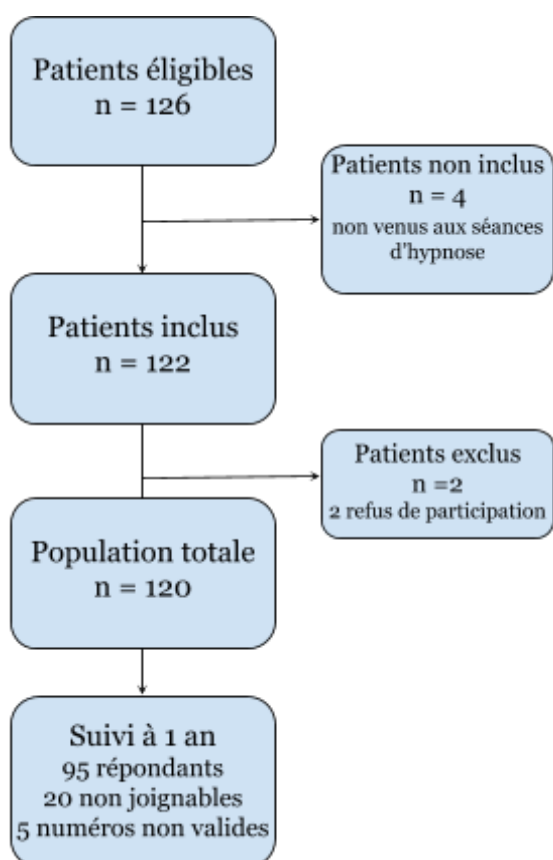


Figure 1 : Diagramme de flux

Le Tableau 1 présente la population totale. L'ensemble des données a été collecté lors de l'entretien préalable à l'hypnothérapie, en début de prise en charge.

	Population totale (n = 120) moyennes $\pm$ IC ou effectifs (proportions)	Patients répondant (n = 95) moyennes $\pm$ IC ou effectifs (proportions)	p
Age (années)	49.0 $\pm$ 11,4	49.3 $\pm$ 11.6	0,51
Sexe			
<i>Femmes</i>	82 (68,3%)	64 (67,4%)	0,84
<i>Hommes</i>	38 (31,7%)	31 (32,6%)	
Satut			
<i>Emploi</i>	103 (85,8%)	80 (84,2%)	0.78
<i>Chômage</i>	6 (5%)	5 (5,3%)	
<i>Retraité</i>	11 (9,2%)	10 (10,6%)	
CSP			
2	16 (13,3%)	14 (14,7%)	0.27
3	41 (34,2%)	32 (33,7%)	
4	41 (34,2%)	32 (33,7%)	
5	13 (10,8%)	8 (8,4%)	
6	9 (7,5%)	9 (9,5%)	
Coaddiction déclarée			
<i>Non</i>	95 (79,2%)	78 (82,1%)	0.47
<i>Oui</i>	14 (11,7%)	10 (10,5%)	
<i>DM</i>	11 (9,2%)	7 (7,4%)	
Présence d'enfants au domicile			
<i>Oui</i>	59 (49,2%)	46 (48,4%)	0,74
<i>Non</i>	56 (46,7%)	46 (48,4%)	
<i>DM</i>	5 (4,2%)	3 (3,2%)	
Conjoint			
<i>Fumeur</i>	54 (45%)	43 (45,3%)	1
<i>Non fumeur / pas de conjoint</i>	60 (50%)	48 (50,5%)	
<i>DM</i>	6 (5%)	4 (4,2%)	
Cigarettes/jour (unités)	14,6 $\pm$ 8,3	14,6 $\pm$ 8,2	0,94
Durée du tabagisme (années)	27,8 $\pm$ 10,8	28,4 $\pm$ 11,2	0,31
Nombre de PA (unités)	21,4 $\pm$ 16,7	21,7 $\pm$ 16,9	0,68
Délai réveil – 1e cigarette			
≤ 5 minutes	19 (15,8%)	13 (13,7%)	0.40
6-30 minutes	46 (38,3%)	38 (40%)	

31-60 minutes	22 (18,3%)	16 (16,8%)	
≥ 60 minutes	28 (23,3%)	24 (25,3%)	
DM	5 (4,2%)	4 (4,2%)	
Score Fagerström	4,28 +-2,58	4,10 +-2,46	0,14
Score de motivation	7,9 +-1,6	7,9 +-1,6	0,88
Sevrages antérieurs			
Oui	106 (88,3%)	85 (89,5%)	0.71
Non	85 (89,5%)	9 (9,5%)	
DM	2 (1,7%)	1 (1%)	
Si oui, nombre d'essai(s) de sevrages antérieurs	3,0 +-2,1	3,1 +-2,1	0,75
Score HAD dépression	5,0 +-3,7	5,0 +-3,5	0,96
Dont score ≥11	9 (7,5%)	6 (6,3%)	0,59
Score HAD anxiété	9 +-3,9	8,8 +-3,9	0,29
Dont score ≥11	35 (29,2%)	26 (27,4%)	0,55
Score de Horn			
Aucune composante	8 (6,7%)	6 (6,3%)	1
Anxiété-soutien	81 (67,5%)	64 (67,4%)	1
Besoin absolu	65 (54,2%)	53 (55,8%)	0.29
Relaxation	66 (55%)	52 (54,7%)	1
Stimulation	39 (32,5%)	32 (33,7%)	0.76
Plaisir du geste	25 (20,8%)	21 (22,1%)	0.7
Habitude acquise	6 (5%)	6 (6,3%)	0.44

Tableau 1 : Description de la population totale et comparaison avec la population répondante

Au total, sur les 120 patients inclus, 95 ont répondu au questionnaire final soit un taux de réponse de 79.2%. L'analyse ne retrouve aucune différence significative entre la population répondante et les patients perdus de vue. 14 patients ont déclaré une co-addiction au tabac : 10 à l'alcool, 2 au cannabis, 1 aux opioïdes sous subutex, 1 aux hypnotiques et 1 n'avait pas précisé la substance.

A un an, 40 patients déclarent ne plus fumer ce qui correspond à un taux de sevrage de 42.1%. L'hypothèse du pire consisterait à considérer que l'ensemble des patients perdus de vue ainsi que les patients ayant refusé de participer à l'étude ne sont pas sevrés à un an du traitement. Selon cette hypothèse, le taux de sevrage en intention de traiter est estimé à 32.8%. Parmi les patients non sevrés, 43 (soit 45.3% des répondants) fument quotidiennement et 12 (soit 12.6% des répondants) occasionnellement.

II. Objectif principal

	Patients sevrés (n = 40) moyennes ± IC ou effectifs (proportions)	Patients non sevrés (n = 55) moyennes ± IC ou effectifs (proportions)	p
Age (années)	47,5 +-11,0	50,5 +-9,5	0,22
Sexe			
<i>Femmes</i>	25 (62,5%)	39 (70,9%)	0,52
<i>Hommes</i>	15 (37,5%)	16 (29,1%)	
Satut			
<i>Emploi</i>	35 (87,5%)	45 (81,8%)	0.82
<i>Chômage</i>	2 (5%)	3 (5,5%)	
<i>Retraité</i>	3 (7,5%)	7 (12,7%)	
CSP			
2	6 (15%)	8 (14,5%)	0.28
3	10 (25%)	22 (40%)	
4	18 (45%)	14 (25,5%)	
5	2 (5%)	6 (10,9%)	
6	4 (10%)	5 (9,1%)	
Coaddiction déclarée			
<i>Non</i>	34 (85%)	44 (80%)	0,51
<i>Oui</i>	3 (7,5%)	7 (12,7%)	
<i>DM</i>	3 (7.5%)	4 (7.3%)	
Présence d'enfants au domicile			
<i>Oui</i>	19 (47,5%)	27 (49,1%)	1
<i>Non</i>	19 (47,5%)	27 (49,1%)	
<i>DM</i>	2 (5%)	1 (1,8%)	
Conjoint			
<i>Fumeur</i>	18 (45%)	25 (45,5%)	1
<i>Non fumeur / pas de conjoint</i>	20 (50%)	28 (50,9%)	
<i>DM</i>	2 (5%)	2 (3,6%)	
Cigarettes/jour (unités)	13,3 +-6,2	15,5 +-9,4	0,20
Durée du tabagisme (années)	26 +-9,5	30,1 +-12,1	0,08
Nombre de PA (unités)	17,9 +-11,7	24,5 +-19,4	0,06
Délai réveil – 1e cigarette			

<i>≤ 5 minutes</i>	3 (7,5%)	10 (18,2%)	0,15
<i>6-30 minutes</i>	13 (32,5%)	25 (45,5%)	
<i>31-60 minutes</i>	7 (17,5%)	9 (16,4%)	
<i>≥ 60 minutes</i>	14 (35%)	10 (18,2%)	
<i>DM</i>	3 (7,5%)	1 (1,8%)	
Score Fagerström	3,3 +-2,3	4,7 +-2,4	0,007
Score de motivation	8,0 +-1,7	7,8 +-1,7	0,7
Sevrages antérieurs			
<i>Oui</i>	36 (90%)	49 (89,1%)	1
<i>Non</i>	4 (10%)	5 (9,1%)	
<i>DM</i>	0	1 (1,8%)	
Si oui, nombre d'essai(s) de sevrages antérieurs	3 +-1,9	3,2 +-2,6	0,68
Score HAD dépression	4,7 +-2,8	5,3 +-4,0	0,41
<i>Dont score ≥11</i>	2 (5%)	4 (7,3%)	0,98
Score HAD anxiété	8,7 +-3,8	8,8 +-3,9	0,85
<i>Dont score ≥11</i>	12 (30%)	14 (25,5%)	0,8
Score de Horn			
<i>Aucune composante</i>	2 (5%)	4 (7,3%)	1
<i>Anxiété-soutien</i>	24 (60%)	40 (72,7%)	0,28
<i>Besoin absolu</i>	18 (45%)	35 (63,6%)	0,11
<i>Relaxation</i>	23 (57,5%)	29 (52,7%)	1
<i>Stimulation</i>	11 (27,5%)	21 (38,2%)	0,39
<i>Plaisir du geste</i>	10 (25%)	11 (20%)	0,74
<i>Habitude acquise</i>	1 (2,5%)	5 (9,1%)	0,40
Thérapie associée à l'hypnose			
<i>Aucune</i>	33 (82,5%)	44 (80%)	0,14
<i>Substituts nicotiniques</i>	3 (7,5%)	10 (18,2%)	
<i>Phytothérapie</i>	3 (7,5%)	1 (1,8%)	
<i>Autres ?</i>	1 (2,5%)	0	

Tableau 2 : Comparaison des groupes sevrés et non sevrés

Parmi les facteurs sociodémographiques étudiés, aucun ne se révèle prédictif d'un sevrage.

La présence d'une co-addiction, d'un syndrome anxieux ou dépressif ne semble pas associée à un plus faible taux de sevrage. 2 patients sevrés (5%) et 5 patients non sevrés (9.1%) ont décrit une addiction à l'alcool. Chaque groupe contient un patient ayant une addiction au cannabis, soit 2.5% des patients sevrés et 1.8% des non sevrés.

Concernant le tabagisme, le seul facteur significativement différent entre les deux groupes est le score de Fageström qui est plus faible dans le groupe sevré. Sans atteindre de seuil de significativité, le nombre de PA est plus important dans le groupe de patients non sevrés. La médiane du nombre de PA est de 19 dans le groupe non sevré (maximum 97, minimum 3) contre 14 dans le groupe sevré (maximum 50, minimum 4). Cette différence serait liée à la durée du tabagisme : celle ci est plus longue chez les patients non sevrés, entre 8 et 57 années de tabagisme avec une médiane à 30 ans contre 26 années en médiane chez les patients sevrés, avec des extrêmes entre 10 et 40 années de tabagisme. Quant à lui, le nombre de cigarettes consommées par jour est superposable dans les deux groupes (médianes à 12.5 cigarettes par jour dans le groupe sevré et 13 cigarettes par jour dans le groupe non sevré).

La motivation ainsi que les expériences de sevrage antérieures sont superposables entre les deux groupes. Les résultats au test de Horn sont également comparables entre les patients sevrés et non sevrés.

Les modalités de l'hypnothérapie, seule ou en association avec d'autres thérapies (substituts nicotiniques, phytothérapie ...) sont similaires entre les deux groupes.

III. Objectifs secondaires

Au sein du groupe de patients non sevrés, 30 patients (soit 54.5%) rapportent que leur consommation de tabac a diminué suite à la prise en charge, dont 19 (34.5%) estiment cette baisse supérieure à 50%.

La principale explication à l'échec de sevrage, d'après les patients, serait un "mauvais timing" (27.3%) : le sevrage ne se serait pas fait au "bon moment". Cinq patients décrivent un événement intercurrent (difficultés au travail, perte d'un proche ...) ayant conduit à une rechute. Ensuite, 13 patients (23.6%) estiment que l'hypnose n'est probablement pas "la bonne méthode pour eux". Par ailleurs, 13 patients (23.6%) considèrent que le fait que les séances soient en groupe a pu compromettre le succès du sevrage. Enfin, 8 patients (14.5%) décrivent ne pas avoir été assez préparés et 3 (5.5%) ne pas avoir été suffisamment motivés au moment de la prise en charge. 11 patients (20%) ne s'expriment pas sur les causes possibles d'échec du sevrage.

69 patients (72.6%), dont 34 (soit 61.8%) des non sevrés, déclarent que, si cela était à refaire, ils réaliseraient à nouveau une hypnothérapie pour sevrage tabagique. 84 (soit

88.4%) d'entre eux conseilleraient cette méthode à un proche (92.5% parmi les patients sevrés et 85.5% des non sevrés).

La question ouverte en fin de questionnaire "Que vous soyez sevré ou non, cette expérience vous a-t-elle apporté quelque chose ? Si oui quoi ?" a permis de recueillir un certain nombre d'éléments. Une patiente a expliqué être satisfaite d'avoir pu "s'ouvrir à une autre perspective de soin et de bien-être en général". Un second analyse que "l'hypnose lui a fait aborder la question du sevrage d'un autre point de vue : ne pas aller contre la cigarette mais s'ouvrir à une autre façon de penser". Certains patients, non sevrés à 1 an, ont malgré tout connu une période de sevrage initial ce qui leur a permis de "reprendre le pouvoir sur eux-mêmes". D'autres ont évoqué une "meilleure compréhension de leur lien à la cigarette" et s'être ouvert "à de nombreux questionnements sur le tabac".

Enfin, les patients rapportent parfois des bénéfices ou des applications qui dépassent le cadre du sevrage tabagique en lui-même. Ainsi, une patiente a exprimé que cette prise en charge lui avait permis "de mieux comprendre le mécanisme de la dépendance, y compris de la dépendance affective". Le principal bénéfice secondaire rapporté par les patients concerne l'anxiété : nombreux sont ceux qui ont décrit un "apaisement, calme, sensation de plénitude, de sérénité, de détente, diminution du stress...".

Discussion

I. Résultats

La prise en charge du sevrage tabagique par hypnothérapie selon le protocole du Dr Fodorean permet d'obtenir un taux de sevrage de 42.1% en intention de traiter et 32.8% selon l'hypothèse du biais maximal. Parmi les variables étudiées, seul le niveau de dépendance, évalué par le score de Fageström, est significativement différent entre les deux groupes. Une dépendance à la nicotine plus faible serait donc prédictive d'un meilleur taux de servage par hypnothérapie. Par ailleurs, la quantité de tabagisme, estimée par le nombre de PA, semble plus importante chez les patients en échec de sevrage, sans pour autant être statistiquement significative.

Cette méthode obtient un taux de satisfaction très élevé et les patients rapportent en tirer un bénéfice au-delà du sevrage en lui-même. Un effet sur l'anxiété notamment est régulièrement décrit.

II. Validité interne

Les patients inclus dans cette étude devaient pouvoir répondre aux contraintes géographiques (3 séances à Nantes) et financières (90 euros non remboursés par la sécurité sociale) liées à l'hypnothérapie. Cela induit un biais de recrutement des patients. Cependant, ce biais est à l'image des conditions réelles de réalisation de l'hypnothérapie à ce jour en France. L'ensemble des patients pris en charge pendant 13 mois a été inclus. Il n'a pas été réalisé de calcul du nombre de sujets nécessaires à priori. L'effectif a été conditionné par le temps disponible afin de réaliser le recueil final à 1 an.

Tous les patients n'ont pas pu être contactés pour le recueil final. Le taux de réponse, 79.1%, est comparable à celui des autres études évaluant le sevrage à un an (38–40). Le nombre de perdus de vue a été limité par le protocole de prise de contact constitué d'un mail puis de 3 appels de relance. Celui-ci est inévitablement d'autant plus important que le délai entre l'intervention et l'évaluation est long. Plusieurs patients avaient notamment changé de numéro de téléphone entre la thérapie et le recueil final. Même si le risque de perdus de vue s'en trouve majoré, le choix d'évaluer le sevrage à un an a été retenu car c'est le délai nécessaire pour définir un sevrage réussi par le Collège des Enseignants de Pneumologie (41). Afin de limiter un biais d'attrition en faveur de l'efficacité de l'hypnose, le taux de sevrage est également présenté selon "l'hypothèse du pire", c'est à dire considérant que l'ensemble des patients non répondants sont non sevrés. Par ailleurs, concernant l'étude des facteurs prédictifs d'un succès de l'hypnothérapie, les variables étudiées ne diffèrent pas entre la population répondante et la population non répondante, il est donc peu probable que les perdus de vue faussent les résultats.

Les données concernant le sevrage ainsi que les différentes variables étudiées ont été collectées à partir de questionnaires remplis par les patients. Ces données déclaratives peuvent être inexactes. L'idéal aurait été de confirmer le sevrage des patients par un contrôle biologique, tel que le dosage de la cotinine urinaire. Cependant, cette étude ne disposait pas des moyens nécessaires à la réalisation de ce test. Par ailleurs, les co-addictions sont probablement sous-estimées car les patients peuvent minimiser leurs consommations, méconnaître leurs addictions ou ne pas souhaiter les déclarer. L'utilisation de questionnaires validés comme le DETA (Diminuer Entourage Trop Alcool) pour l'alcool ou le CAST (Cannabis Abuse Screening Test) pour le cannabis aurait permis d'évaluer de façon objective les addictions associées au tabagisme. Il est nécessaire de noter que les deux patients qui ont refusé de participer avaient déclaré une consommation de cannabis.

L'impossibilité d'utiliser leurs données du fait de ce refus biaise nos conclusions concernant le sevrage en situation d'addiction associée au tabagisme.

Le biais de mesure a été limité par l'utilisation de questionnaires standardisés. Les patients ont tous reçu le même modèle de mail et le même questionnaire informatisé. En l'absence de réponse, le recueil s'est fait par téléphone : les informations ont alors été recueillies en suivant la trame du questionnaire informatique et la formulation des questions a été conservée à l'identique. Le recueil est homogène car chaque étape est réalisée par une seule personne : le médecin hypnothérapeute a effectué le recueil initial lors du premier entretien et l'investigateur de l'étude a réalisé le recueil final ce qui assure une absence de variabilité inter enquêteur. Par ailleurs, l'évaluation du sevrage est faite par une personne différente de l'hypnothérapeute, assurant ainsi une plus grande neutralité vis à vis des patients. Ces mesures permettent de limiter le biais d'investigateur.

Cette étude n'est pas exposée au biais de mémorisation car en dehors de l'utilisation de thérapies associées à l'hypnose, l'ensemble des données est collecté lors de l'entretien initial.

III. Validité externe

La principale limite de cette étude réside dans le fait que le recrutement s'est fait auprès d'un hypnothérapeute unique. Il est donc impossible de généraliser ces résultats. Cependant, il était nécessaire de limiter le recrutement auprès d'une personne afin d'assurer une homogénéité dans la prise en charge des patients. Il aurait été impossible de comparer les patients selon leurs données démographiques, leur tabagisme, leur score de dépression/anxiété ... s'ils n'avaient pas été comparables sur le traitement reçu. Les techniques d'hypnose sont très diverses : il existe des prises en charge en session(s) unique ou multiples, seul ou en groupe. Elles peuvent être réalisées par des médecins, d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux, mais également par des personnes non issues du milieu soignant. Une telle diversité de traitements aurait généré de nombreux facteurs confondants et limité l'analyse des facteurs prédictifs du succès de l'hypnothérapie.

Peu de données sont disponibles concernant les caractéristiques des patients fumeurs ayant recours à l'hypnose pour sevrage en France. La littérature comporte peu d'études réalisées en France sur le sevrage tabagique et l'hypnose. Une thèse conduite en Essonne auprès de 70 patients retrouve des caractéristiques tout à fait comparables en terme de répartition de sexe et d'âge, de tabagisme (nombre de cigarettes par jour et de PA, score de Fagerström) et de motivation à l'arrêt. La répartition en catégories socio-professionnelles est néanmoins différente : cette étude comportait une proportion plus

importante d'employés (CSP 5 : 39.7% vs 8.4% dans la présente étude) (42). Ces différences ne s'expliquent pas avec les données INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) concernant les catégories socioprofessionnelles dans ces deux départements (43,44). Une autre thèse réalisée à Rennes avec 29 patients retrouve des caractéristiques d'âge, de tabagisme (score de Fagström, nombre de cigarettes), des scores motivationnels mais également des scores HAD dépression et anxiété similaires à notre étude (45). La population étudiée semble donc superposable à celles décrites dans la littérature.

Les patients recrutés ne sont pas représentatifs de l'ensemble des fumeurs. En effet, il existe une auto sélection des patients : ne sont présents dans cette étude que des patients qui ont entamé une démarche pour sevrage et qui ont par ailleurs choisi de se tourner vers l'hypnose. La comparaison de la population de cette étude, par rapport aux patients consultant en centre de tabacologie en France (46), retrouve une surreprésentation de femmes (68.3% vs 51.1% en centre de tabacologie), une proportion moins importante d'inactifs et de chômeurs (5% contre 19.7% des consultants en tabacologie). Ce dernier critère peut notamment s'expliquer par l'absence de remboursement de l'hypnothérapie. L'âge des patients est comparable, ainsi que leur score HAD dépression et anxiété. Les patients de notre étude décrivent une consommation moins importante de cigarettes (14.6 en moyenne contre 24 chez les consultants en tabacologie) et un niveau de dépendance plus faible (Fageström à 4.28 en moyenne contre 6 en tabacologie dont 21.2% de dépendance forte dans cette étude contre 45.8% en consultation de tabacologie). Par ailleurs, l'évaluation de la consommation d'alcool des patients consultant en tabacologie par le score DETA retrouve une consommation excessive d'alcool dans 23.1% des cas. Cela confirme que la présence de co-addiction, notamment à l'alcool, est probablement sous-estimée dans notre étude.

IV. Efficacité de la méthode

Le taux de sevrage en intention de traiter s'élève à 32.8%. Il faut noter que ce taux est particulièrement élevé ce qui permet de valider le protocole mis en place comme étant efficace. Parmi les études analysant le taux de sevrage à 1 an d'une hypnothérapie, les taux de sevrage rapportés sont de 14.4% après une session unique en groupe (39), 11.4% après un séminaire sur le sevrage associé à un programme d'hypnothérapie (38), 24% (20% validés biologiquement) après deux sessions d'une heure d'hypnose associées à des traitements substitutifs (47). Une étude rapportait 48% de sevrages à un an suite à trois sessions d'hypnose individualisées (48), cependant les effectifs sont faibles (n=30) et l'analyse ne prend pas en compte les perdus de vue. En intention de traiter, le taux de sevrage est de 33.3%. Le taux de réussite de l'hypnothérapie dans notre étude peut

notamment s'expliquer par le fait que l'hypnothérapeute est très expérimentée. En effet, il a été prouvé que l'expérience du thérapeute influe directement sur le succès de la méthode (37).

Il est important de noter que le critère de jugement principal, le sevrage complet à un an de la prise en charge est strict et minimise ainsi le bénéfice global de la méthode. En effet, parmi les patients non sevrés, la moitié rapporte une baisse du tabagisme. Cette baisse est notable car supérieure à 50% pour un tiers des patients non sevrés. Même si l'objectif reste un sevrage complet, la HAS rappelle que "pour certains patients qui ne sont pas prêts à arrêter, la réduction de la consommation de tabac peut être considérée comme une étape intermédiaire vers l'abstinence totale" (2). Il faut donc également valoriser ces modifications de consommation auprès des patients afin de les accompagner au mieux vers un sevrage complet par la suite.

La meilleure façon d'évaluer l'efficacité de l'hypnose d'un point de vue scientifique serait de réaliser une étude randomisée, en aveugle, contre placebo. Cependant, de par sa nature, l'hypnose ne peut pas être soumise à ces méthodes. En effet, il paraît difficile de randomiser les patients et d'imposer ainsi cette thérapie à des patients car leur coopération et leur conviction dans la capacité de cette méthode à les aider dans le sevrage sont indispensables. De plus, le "double aveugle" est impossible. Le thérapeute ne peut pas ignorer la méthode utilisée et il n'existe pas de placebo à l'hypnose. Le patient est acteur de sa guérison, il doit forcément être conscient du traitement qui lui est administré. Certains essais utilisent à défaut de solution adéquate des techniques de relaxation en guise de placebo. Les critères de l'EBM (Evidence Based Medicine) sont donc difficilement applicables à l'hypnose. Cela explique les difficultés à l'évaluer. Cependant, même si les revues de la littérature ne montrent pas de supériorité de l'hypnose par rapport aux autres méthodes, les taux de sevrage obtenus dans les différentes études montrent que cette méthode mérite qu'on s'y intéresse.

Par ailleurs, d'un point de vue économique, le coût total de l'hypnothérapie selon le protocole d'hypnothérapie présenté dans cette étude est de 165 euros. Le coût global du sevrage tabagique par traitement médicamenteux, selon les taux d'utilisation de chaque méthode et avec les consultations médicales, est évalué à 333 euros(1). L'intérêt médico-économique de cette méthode semble donc réel.

Les outils validés par la HAS rencontrent à l'heure actuelle un taux d'échec toujours trop important. Il est donc important de pouvoir élargir le panel de solutions à notre disposition, afin de pouvoir proposer aux patients la méthode qui sera la plus adaptée à leur profil. Par ailleurs, il semblerait intéressant de pouvoir traiter la part physique et la part

psychique de l'addiction par des thérapies complémentaires. Dans ce cadre, l'hypnose pourrait être un complément intéressant aux traitements pharmacologiques.

V. Facteurs prédictifs du sevrage

Dans la littérature, plusieurs éléments sont décrits comme étant prédictifs d'un succès du sevrage tabagique, quelle que soit la méthode utilisée.

Parmi les données sociodémographiques, le sexe masculin, l'âge plus avancé, un haut niveau socio-économique et l'absence de fumeur au domicile sont associés à de plus grandes chances de sevrage (49–52). Dans le cadre du sevrage tabagique par hypnothérapie également, le sexe masculin a été décrit comme prédictif d'un succès de la méthode (53). Aucun de ces facteurs n'est retrouvé comme étant prédictif d'un sevrage dans notre étude. L'hypnothérapie n'étant pas remboursée par la Sécurité Sociale, il existe une sélection spontanée des patients sur le critère économique, qui peut expliquer que le niveau socio-économique n'apparaisse pas prédictif dans cette étude.

Les patients ayant des comorbidités psychiatriques (notamment dépression et anxiété) et une consommation régulière d'alcool connaissent quant à eux un plus fort taux d'échec de sevrage tabagique en général (49,50,52). Au contraire, lors du sevrage par hypnothérapie, une étude retrouve une plus grande efficacité de la méthode chez les patients aux antécédents de dépression (47). Dans notre étude, les scores d'évaluation de la dépression et de l'anxiété sont tout à fait comparables entre les deux groupes. Il n'est pas noté de différence concernant l'addiction à l'alcool. Cependant, les effectifs sont faibles et très certainement sous évalués.

Un meilleur taux de sevrage serait également obtenu chez les patients ayant un niveau d'addiction plus faible, une consommation moins importante de cigarettes et ayant déjà connu des périodes de sevrage antérieures (49,50,52). Notre étude retrouve en effet qu'un niveau de dépendance moins élevé, évalué par le score de Fagerström, est associé à un plus fort taux de sevrage. Concernant la quantité de tabagisme, ce serait davantage la durée de celui-ci qui semblerait prédictif d'un sevrage dans notre étude.

La thèse sur le sevrage par hypnothérapie réalisée en Essonne (42), qui correspond à l'étude la plus proche de la nôtre notamment en terme de population, ne retrouve pas de différence entre les groupes sevrés et non sevrés en terme de sexe, d'âge, de nombre de cigarettes par jour ou de PA, de motivation ni de score de Fagerström.

Le test de Fagerström pourrait être considéré comme un biais de confusion car prédictif d'un meilleur taux de sevrage même sans traitement. Cependant, même si le niveau d'addiction à la nicotine était plus faible, le groupe des patients sevrés à un an ne comportait pas que des "petits fumeurs". Ils consommaient en médiane 12.5 cigarettes par jour pendant

26 ans contre 13 cigarettes par jour pendant 30 ans dans le groupe non sevrés. Un patient ayant un tabagisme évalué à 50 PA avait notamment obtenu un sevrage complet à un an. Ces consommations de tabac représentaient pour ces patients un risque notable pour leur santé. L'hypnothérapie permet donc d'obtenir un sevrage chez des patients ayant un niveau de dépendance certes plus faible, mais dont la consommation de tabac est malgré tout conséquente.

Les résultats ne sont donc que partiellement reproductibles d'une étude à une autre. Ceci peut s'expliquer par l'importante hétérogénéité des prises en charge par hypnothérapie. Par ailleurs, l'addiction est un phénomène complexe, avec une composante chimique certes mais également une part d'addiction psychologique et comportementale, il est donc difficile d'en définir les facteurs prédictifs. Enfin, les effectifs de cette étude sont certainement trop faibles pour pouvoir trouver une différence de faible importance entre les deux groupes.

Une étude pilote sur le sevrage tabagique par hypnothérapie dans un centre d'addictologie de Lorraine estime que le principal facteur prédictif du succès de l'hypnothérapie était l'investissement du patient dans sa prise en charge (54). Il était évalué par la réalisation d'autohypnose à la suite de la prise en charge. D'une part, cette étude suggère que les facteurs influençant le sevrage pourraient également être post thérapeutiques. Ceci n'est pas du tout exploré dans le cadre de notre étude. Lors du recueil final, plusieurs patients ont évoqué avoir utilisé par la suite certaines suggestions, images fortes ou "personnes/lieux ressources" évoqués lors de la thérapie afin de renforcer leur motivation ou de les aider à surmonter certaines difficultés, notamment l'anxiété. D'autre part, cette constatation replace le patient au centre de sa prise en charge, comme le considère l'hypnose ericksonienne : c'est à lui de mobiliser ses capacités afin d'atteindre le but souhaité.

Malheureusement, l'hypnose souffre parfois d'une image faussée, véhiculée entre autres par les médias et les "show" d'hypnose. Ainsi, beaucoup de patients espèrent de façon illusoire recourir à une "thérapie magique", permettant une déconnexion du tabac sans effort (55). Cette représentation peut freiner l'efficacité de la méthode car la volonté investie dans le changement est primordiale pour permettre un sevrage réussi. Lors des appels téléphoniques, une patiente a notamment exprimé que pour elle "l'hypnose est un don et non pas quelque chose que l'on acquiert avec une formation". Dans notre étude, la réalisation de la tâche thérapeutique attribuée au patient entre l'entretien initial et la première séance d'hypnose aurait pu être utilisée comme indicateur de leur implication dans la prise en charge. De ce fait, on aurait pu considérer qu'un patient réalisant la tâche se considère

comme acteur de son sevrage alors qu'un patient ne réalisant pas la tâche thérapeutique se positionne comme "passif".

Il est malgré tout notable que seule une minorité de patients met en cause sa motivation ou sa préparation dans l'échec de sevrage. Les patients seraient probablement les premiers à sous-estimer leur rôle central dans le sevrage par hypnothérapie. En tant que médecin généraliste, notre mission pourrait être, lors de l'orientation d'un patient vers l'hypnose, d'explorer ses représentations concernant cette thérapie. Cela permettrait de leur délivrer une information fiable et de déconstruire certaines fausses représentations. Un patient ainsi bien préparé au rôle actif qu'il lui incombe pourrait bénéficier de façon plus importante de l'hypnothérapie.

VI. Satisfaction

Il existe un véritable engouement pour l'hypnothérapie au sein des patients ayant eu recours à cette méthode (55). La majorité des patients serait en effet prête à réitérer cette prise en charge et à la conseiller à ses proches. C'est également le cas parmi les patients pourtant non sevrés à 1 an de l'hypnothérapie. Cela prouve qu'ils sont parvenus à tirer d'autres bénéfices de ce traitement.

Certains patients ont décrit une période de sevrage initial. Même si celui-ci n'a pas duré, il leur a permis de renforcer leur confiance en leur capacité à arrêter. Leur expérience de l'hypnose pourra donc les accompagner dans leur parcours de fumeur et les aider à distance, lors d'une prochaine tentative de sevrage.

Par ailleurs, le champ d'application de l'hypnose est bien plus large que le simple sevrage tabagique. Les patients mettent principalement en avant un bénéfice ressenti sur l'anxiété. Il s'agit de la principale composante psychologique justifiant le tabagisme dans la population étudiée d'après le test de Horn. L'usage d'un traitement de sevrage tel que l'hypnose qui permet également d'apaiser l'anxiété paraît tout à fait cohérent.

Conclusion

Les outils d'aide au sevrage tabagique actuellement validés sont loin d'être suffisants. Il est donc nécessaire d'élargir l'arsenal thérapeutique à des méthodes alternatives. L'hypnose présente des résultats très intéressants, aussi bien en termes de taux de sevrage que de satisfaction globale pour les patients. Le protocole d'hypnothérapie testé dans notre étude obtient un taux de succès particulièrement élevé. Il semblerait donc légitime de discuter un remboursement par l'Assurance Maladie d'un protocole de ce type. Il est cependant difficile de définir les facteurs prédictifs d'un succès de sevrage. Le niveau

d'addiction évalué par le score de Fageström ainsi que la quantité de tabagisme en PA, notamment par le biais de la durée de tabagisme, semblent être prédictifs du succès de l'hypnothérapie. Il est cependant nécessaire de poursuivre les études afin de confirmer ces résultats. La réalisation d'une étude similaire multicentrique permettrait de valider le protocole d'hypnothérapie auprès d'autres thérapeutes. De plus, les effectifs seraient plus importants, ce qui faciliterait la mise en évidence de facteurs prédictifs du succès de la méthode. Enfin, l'accumulation de preuves en faveur de l'hypnothérapie se révèle indispensable pour faire évoluer les recommandations pour le sevrage tabagique et envisager à terme un remboursement au même titre que les thérapies médicamenteuses. Cette évolution sera primordiale afin de contribuer à lutter contre les inégalités sociales face au tabac.

Bibliographie

1. Bourdillon F, Andler R, Bonaldi C. Journée mondiale sans tabac 2019. BEH. 28 mai 2019;15:269-84.
2. Haute Autorité de Santé - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. 2014 [cité 4 févr 2018]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-d-u-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
3. European Union. Special Eurobarometer 429 "Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes". mai 2015;37.
4. Kopp P. Le coût social des drogues en France. déc 2015;75.
5. Les bénéfices de l'arrêt du tabac / Mes Fiches Pratiques / page d'accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 4 févr 2018]. Disponible sur:
<http://www.tabac-info-service.fr/Mes-Fiches-Pratiques/Les-benefices-de-l-arret-du-tabac%20>
6. Lindson-Hawley N, Hartmann-Boyce J, Fanshawe TR, Begh R, Farley A, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. Cochrane Database Syst Rev. 13 oct 2016;10:CD005231.
7. CAB_Solidarites. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 : poursuite de l'augmentation des prix et des démarches d'arrêt du tabac. [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 15 avr 2019]. Disponible sur:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/programme-national-de-lutte-contre-le-tabac-2018-2022-poursuite-de-l>
8. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Internet]. 2019 [cité 15 avr 2019]. Disponible sur:
<https://www.drogues.gouv.fr/la-mildec/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>
9. HCSP. Bénéfices-risques de la cigarette électronique pour la population générale [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 févr [cité 4 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=541>
10. Glover ED, Glover PN, Franzon M, Sullivan CR, Cerullo CC, Howell RM, et al. A comparison of a nicotine sublingual tablet and placebo for smoking cessation. Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob. nov 2002;4(4):441-50.
11. Cooper TV, Klesges RC, Debon MW, Zbikowski SM, Johnson KC, Clemens LH. A placebo controlled randomized trial of the effects of phenylpropanolamine and nicotine gum on cessation rates and postcessation weight gain in women. Addict Behav. janv 2005;30(1):61-75.
12. Wallström M, Nilsson F, Hirsch JM. A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical evaluation of a nicotine sublingual tablet in smoking cessation. Addict Abingdon Engl. août 2000;95(8):1161-71.
13. Molyneux A, Lewis S, Leivers U, Anderton A, Antoniak M, Brackenridge A, et al. Clinical trial comparing nicotine replacement therapy (NRT) plus brief counselling, brief counselling alone, and minimal intervention on smoking cessation in hospital inpatients. Thorax. juin 2003;58(6):484-8.
14. Hand S, Edwards S, Campbell IA, Cannings R. Controlled trial of three weeks nicotine replacement treatment in hospital patients also given advice and support. Thorax. août 2002;57(8):715-8.
15. Garvey AJ, Kinnunen T, Nordstrom BL, Utman CH, Doherty K, Rosner B, et al. Effects of nicotine gum dose by level of nicotine dependence. Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob. févr 2000;2(1):53-63.

16. Tønnesen P, Lauri H, Perfekt R, Mann K, Batra A. Efficacy of a nicotine mouth spray in smoking cessation: a randomised, double-blind trial. *Eur Respir J*. sept 2012;40(3):548-54.
17. Heydari G, Talischi F, Tafti SF, Masjedi MR. Quitting smoking with varenicline: parallel, randomised efficacy trial in Iran. *Int J Tuberc Lung Dis Off J Int Union Tuberc Lung Dis*. févr 2012;16(2):268-72.
18. Wittchen H-U, Hoch E, Klotsche J, Muehlig S. Smoking cessation in primary care - a randomized controlled trial of bupropione, nicotine replacements, CBT and a minimal intervention. *Int J Methods Psychiatr Res*. mars 2011;20(1):28-39.
19. Kralikova E, Kozak JT, Rasmussen T, Gustavsson G, Le Houezec J. Smoking cessation or reduction with nicotine replacement therapy: a placebo-controlled double blind trial with nicotine gum and inhaler. *BMC Public Health*. 27 nov 2009;9:433.
20. Glavas D, Rumboldt M, Rumboldt Z. Smoking cessation with nicotine replacement therapy among health care workers: randomized double-blind study. *Croat Med J*. avr 2003;44(2):219-24.
21. Benli AR, Erturhan S, Oruc MA, Kalpakci P, Sunay D, Demirel Y. A comparison of the efficacy of varenicline and bupropion and an evaluation of the effect of the medications in the context of the smoking cessation programme. *Tob Induc Dis*. 2017;15:10.
22. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, Rennard SI, Russ C, McRae TD, et al. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction: a randomized clinical trial. *JAMA*. 17 févr 2015;313(7):687-94.
23. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 5 juill 2006;296(1):56-63.
24. Nides M, Oncken C, Gonzales D, Rennard S, Watsky EJ, Anziano R, et al. Smoking cessation with varenicline, a selective alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist: results from a 7-week, randomized, placebo- and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. *Arch Intern Med*. 14 août 2006;166(15):1561-8.
25. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 5 juill 2006;296(1):47-55.
26. Traitement de Sevrage tabagique | Prescrisur [Internet]. Prescrisur. [cité 4 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.prescrisur.org/#/pathologies/sevrage-tabagique>
27. Salem G, Bonvin E. Soigner par l'hypnose, 5e édition. Elsevier Masson; 2012. 331 p. (Pratiques en psychothérapies).
28. Berger MM, Davadant M, Marin C, Wasserfallen J-B, Pinget C, Maravic P, et al. Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns*. 1 août 2010;36(5):639-46.
29. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. *INSERM Santé Ment Santé Publique*. 2015;213.
30. Elkins G, Jensen MP, Patterson DR. Hypnotherapy for the management of chronic pain. *Int J Clin Exp Hypn*. juill 2007;55(3):275-87.
31. Block V, Empereur F, Farsi F, Klein I, Krakowski I, Labrosse H, et al. Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support: L'hypnose thérapeutique en onco-hématologie. *Oncologie*. 2017;19(9-10):273-284.
32. Webb AN, Kukuruzovic RH, Catto-Smith AG, Sawyer SM. Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 17 oct 2007;(4):CD005110.
33. Barnes J, McRobbie H, Dong CY, Walker N, Hartmann-Boyce J. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 14 2019;6:CD001008.
34. Marques-Vidal P, Melich-Cerveira J, Paccaud F, Waeber G, Vollenweider P, Cornuz J. High expectation in non-evidence-based smoking cessation interventions among smokers--the CoLaus study. *Prev Med*. avr 2011;52(3-4):258-61.
35. Thomas D, Abramson MJ, Bonevski B, Taylor S, Poole SG, Weeks GR, et al. Quitting

- experiences and preferences for a future quit attempt: a study among inpatient smokers. *BMJ Open*. 17 avr 2015;5(4):e006959.
36. Glickman-Simon R, Savasta S. Acupuncture for acute stroke, peppermint oil for irritable bowel syndrome, yoga for depression and anxiety, hypnotherapy for smoking cessation, and lime juice for sickle cell anemia. *Explore N Y N*. août 2014;10(4):261-4.
 37. Spiegel D, Frischholz EJ, Fleiss JL, Spiegel H. Predictors of smoking abstinence following a single-session restructuring intervention with self-hypnosis. *Am J Psychiatry*. juill 1993;150(7):1090-7.
 38. Sorensen G, Beder B, Prible CR, Pinney J. Reducing smoking at the workplace: implementing a smoking ban and hypnotherapy. *J Occup Environ Med*. avr 1995;37(4):453-60.
 39. Horwitz MB, Hindi-Alexander M, Wagner TJ. Psychosocial mediators of abstinence, relapse, and continued smoking: a one-year follow-up of a minimal intervention. *Addict Behav*. 1985;10(1):29-39.
 40. Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N, et al. A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. *N Engl J Med*. 14 févr 2019;380(7):629-37.
 41. Collège des enseignants de pneumologie. Addiction au tabac. In: *Référentiel National de Pneumologie* [Internet]. 2018 [cité 5 août 2019]. (Edition 2018). Disponible sur: http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2018/09/item-73_Tabac_2018.pdf
 42. Pinto T. Effet de l'hypnose dans le but d'un sevrage tabagique à trois mois d'une séance en cabinet de médecine générale. [Paris]: Paris Descartes; 2018.
 43. Dossier complet – Département de l'Essonne (91) | Insee [Internet]. 2019 [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-91>
 44. Dossier complet – Département de la Loire-Atlantique (44) | Insee [Internet]. 2019 [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-44>
 45. Monteiro, Lydie. Etude pilote évaluant l'efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique [Internet]. [Rennes]: Rennes 1; 2016 [cité 4 févr 2018]. Disponible sur: <https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/notice/view/rennes1-ori-wf-1-8603?height=500&width=900>
 46. Le Faou A-L, Scemama O, Ruelland A, Ménard J. Caractéristiques des fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie. *Rev Mal Respir*. nov 2005;22(5):739-50.
 47. Carmody TP, Duncan C, Simon JA, Solkowitz S, Huggins J, Lee S, et al. Hypnosis for smoking cessation: a randomized trial. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. mai 2008;10(5):811-8.
 48. Elkins GR, Rajab MH. Clinical hypnosis for smoking cessation: preliminary results of a three-session intervention. *Int J Clin Exp Hypn*. janv 2004;52(1):73-81.
 49. West R, Evins AE, Benowitz NL, Russ C, McRae T, Lawrence D, et al. Factors associated with the efficacy of smoking cessation treatments and predictors of smoking abstinence in EAGLES. *Addict Abingdon Engl*. août 2018;113(8):1507-16.
 50. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control*. 1997;6 Suppl 2:S57-62.
 51. Hiscock R, Dobbie F, Bauld L. Smoking Cessation and Socioeconomic Status: An Update of Existing Evidence from a National Evaluation of English Stop Smoking Services. *BioMed Res Int*. 2015;2015:274056.
 52. Hyland A, Li Q, Bauer JE, Giovino GA, Steger C, Cummings KM. Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. déc 2004;6 Suppl 3:S363-369.
 53. Green JP, Lynn SJ, Montgomery GH. Gender-related differences in hypnosis-based treatments for smoking: a follow-up meta-analysis. *Am J Clin Hypn*. janv 2008;50(3):259-71.
 54. Aïm P. Hypnose et arrêt du tabagisme: Aspects théoriques. Résultats d'une étude pilote. Elaboration d'un protocole d'étude [Internet]. [Nancy]: Lorraine; 2009 [cité 24 juill 2019].

Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738885/document>

55. Ercole M. Les représentations de l'hypnose des patients fumeurs ayant eu recours aux techniques hypnotiques pour leur sevrage tabagique, en Ile de France. [Paris]: Paris XI;

Annexe 1 : Résumé du protocole

Titre de l'étude	Facteurs prédictifs d'un succès de l'hypnothérapie dans le sevrage tabagique, étude monocentrique non interventionnelle rétrospective
Mots clés	Hypnose, sevrage tabagique
Promoteur	CHU DE NANTES
Investigateur principal	Marie LEROY
Type d'étude	Recherche non interventionnelle monocentrique , non contrôlée, rétrospective
Planning de l'étude	Durée totale : 14 mois Période de recrutement : juin 2017 à juillet 2018 Durée de suivi par patient : 1 an
Nombre de cas prévisionnel	100 environ
Objectifs de l'étude	Objectif principal : définir les critères prédictifs d'un succès de l'hypnothérapie pour le sevrage tabagique Objectif(s) secondaire(s) : Évaluer s'il existe une diminution de la consommation de tabac en cas de sevrage non atteint
Critère de jugement	Critère de jugement principal : Facteurs significativement différents entre le groupe "sevré" et "non sevré" Critère de jugement secondaire : Diminution déclarée de la consommation
Traitement	Hypnothérapie par entretien narratif en 2 séances en groupe
Critères principaux d'inclusion, de non inclusion et d'exclusion	<i>Critères d'inclusion</i> : tous les patients traités par une hypnothérapeute unique (Dr Fodorean, exerçant à la polyclinique du Confluent à Nantes) de juin 2017 à juillet 2018. Tous majeurs. <i>Critères d'exclusion</i> : Réalisation de l'entretien initial uniquement, refus de participer
Calendrier de l'étude	1 entretien préalable + 2 séances d'hypnothérapie à 48h d'intervalle, le tout étalé sur 10 jours au maximum Contact par mail +/- téléphonique à 1 an
Analyse statistique	Variables quantitatives : test de Student, variables qualitatives : Chi2 ou Fisher

Annexe 2 : Catégories socio professionnelles

D'après l'Insee, 1982

1. Agriculteurs exploitants
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
4. Professions Intermédiaires
5. Employés
6. Ouvriers

Annexe 3 : Note de contact et information destinées aux patients

Bonjour,

L'année dernière, vous avez consulté le Docteur Fodorean pour un sevrage de tabac. Travaillant en collaboration avec elle, je me permets de vous contacter dans le cadre de ce suivi. De façon anonyme, nous collectons des données sur les patients qui réalisent un sevrage à l'aide de l'hypnose. Ces données seront utilisées pour ma thèse de médecine générale. Vous trouverez en bas de ce mail un lien vers un questionnaire qui vise notamment à évaluer votre sevrage à 1 an. Le temps nécessaire à sa réalisation est de quelques minutes (< 5 minutes).

Les informations ainsi récoltées seront totalement anonymisées lors de l'exploitation des données et ne seront utilisées que dans le cadre de cette étude. Vos coordonnées ne seront en aucun cas transmises à d'autres personnes. Un nombre de réponses maximal permettrait d'augmenter la fiabilité de l'étude. Je vous remercie pour votre participation, sans laquelle ce travail ne serait pas possible.

Si vous ne souhaitez pas participer, merci de l'indiquer au début du questionnaire. En l'absence de réponse de votre part, je vous contacterai par téléphone afin de collecter vos réponses par oral.

NB. Le traitement des données s'appuie sur l'article 6 du RGPD. Votre participation est facultative. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de modification et à l'effacement des données qui vous concernent ainsi qu'à la limitation du traitement. Vous pouvez exercer ce droit ou m'adresser vos questions en envoyant un courriel à : these.marie.leroy@gmail.com Les données à caractère personnel seront supprimées à la fin du recueil, en septembre 2019.

Annexe 4 : Questionnaires

I. Questionnaires remplis par les patients avant le premier entretien

VOTRE IDENTITE

NOM : Prénom:

Date de naissance :

Profession :

Adresse postale :

Mail :

Téléphone :

VOTRE HISTOIRE AVEC LE TABAC

Combien fumez-vous de cigarettes par jour actuellement :

La marque de vos cigarettes :

Age de début :

Nombre d'années de tabagisme :

Nombre de tentatives d'arrêt :

Quelles méthodes avez-vous utilisées :

Laquelle a été la plus efficace :

La durée la plus longue de sevrage :

Quelles circonstances de reprise :

Environnement actuel :

Votre conjoint fume :

Avez-vous d'enfants à domicile :

Avez-vous d'autres dépendances :

Prenez-vous des médicaments :

Avez-vous des problèmes d'audition :

VOTRE MOTIVATION

Dans quelles circonstances faites-vous appel à la cigarette ? Qu'est-ce qu'elle vous permet d'obtenir ?

Quelles-sont vos craintes liées au fait d'arrêter de fumer ?

Qu'est-ce que vous ne voulez plus par rapport au fait de fumer ?

Qu'est-ce que vous voulez gagner ? En quoi est-ce important pour vous au jour d'aujourd'hui d'arrêter de fumer?

A quelle hauteur évaluez-vous votre désir actuel de faire ce changement ?

0 (pas du tout envie) ----- 10 (maximum d'envie)

Dans quels lieux ou circonstances vous trouvez vous systématiquement en train de fumer (ex : avec le café, dans la voiture, etc ...); c'est-à dire la "cigarette automatique" :

Avez-vous des endroits où vous n'aimez pas être ? (phobies)

Pouvez-vous décrire avec quelques détails la scène (l'endroit et l'action et la relation) qui vous procure un sentiment de bien-être, de calme et sécurité (seul ou avec des personnes qui comptent pour vous, dans le passé ou le présent) ?

Quelles-sont vos préférences (ce que vous aimez, qui vous font du bien) :

Pour les yeux, quels paysages :

Pour le nez, quelles senteurs :

Pour le palais, quels goûts vous font frissonner :

Pour le corps quelles actions ou sensations :

Avez-vous des hobbies ? Lesquels ?

Quelles-sont les valeurs de vie qui comptent pour vous ?

Quelle-est votre devise qui vous guide dans votre vie ?

Comment saurez-vous que vous avez réellement réussi de changer par rapport à la cigarette ? Enumérer 3 choses vérifiables

Quelles sont les compétences dont vous avez déjà fait preuve qui vous seront utiles dans cette démarche ?

Test de Fagerström (dépendance à la nicotine)

- **Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?**
 - Dans les cinq minutes 3 points
 - De 6 à 30 minutes 2 points
 - De 31 à 60 minutes 1 point
 - Plus de 60 minutes 0 points
- **Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit?**
 - Oui 1 point
 - Non 0 points
- **A quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile à renoncer?**
 - La première 1 points
 - N'importe quelle autre 0 point
- **Combien de cigarettes fumez-vous par jour?**
 - 10 ou moins 0 points
 - De 11 à 20 1 point
 - De 21 à 30 2 points
 - 31 ou plus 3 points
- **Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi?**
 - Oui 1 point
 - Non 0 points
- **Fumez-vous même quand vous êtes si malade que vous devez rester au lit presque toute la journée?**
 - Oui 1 point
 - Non 0 points

TOTAL POINTS :

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

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

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

Un score ≥ 11 correspond à une symptomatologie certaine

ÉVALUATION DES SITUATIONS LIÉES AU TABAGISME : TEST DE HORN

Entourez le chiffre correspondant :

5 = toujours

4 = Souvent

3 = Moyennement

2 = Parfois

1 = Jamais

a - Les cigarettes m'aident à rester éveillé(e), concentré(e), efficace	5	4	3	2	1
b - C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts	5	4	3	2	1
c - Fumer est pour moi une détente	5	4	3	2	1
d - J'allume une cigarette quand je suis soucieux(se), contrarié(e)	5	4	3	2	1
e - Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter	5	4	3	2	1
f - Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique	5	4	3	2	1
g - Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme	5	4	3	2	1
h - Le simple fait d'allumer une cigarette procure aussi du plaisir	5	4	3	2	1
i - Il y a une quantité de plaisirs dans l'acte de fumer	5	4	3	2	1
j - Je fume quand je suis mal à l'aise ou quand je suis énervé(e)	5	4	3	2	1
k - Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas	5	4	3	2	1
l - J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier	5	4	3	2	1
m - Je fume pour retrouver mon entrain	5	4	3	2	1
n - J'ai du plaisir à regarder les volutes de la fumée	5	4	3	2	1
o - Je fume quand je me sens bien détendu(e)	5	4	3	2	1
p - Je fume pour oublier quand j'ai le cafard	5	4	3	2	1
q - Quand je n'ai pas pu fumer pendant un moment, le désir devient irrésistible	5	4	3	2	1
r - Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche	5	4	3	2	1

STIMULATION :

a + g + m =

PLAISIR DU GESTE :

b + h + n =

RELAXATION :

c + i + o =

ANXIÉTÉ - SOUTIEN :

d + j + p =

BESOIN ABSOLU :

e + k + q =

HABITUDE ACQUISE :

f + l + r =

Un score >10 indique une raison qui pousse le patient à fumer

Prénom : Age : ans

Femme ☐ / Homme

CONSIGNES : Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis entourez le chiffre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des 7 derniers jours, aujourd'hui compris. Assurez-vous d'avoir lu tous les énoncés d'un groupe avant de cocher la case correspondante. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

1. ☐ Je ne me sens pas triste
☐ Je me sens triste
☐ Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir
☐ Je suis si triste que je ne peux le supporter

2. ☐ Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir
☐ Je me sens découragé(e) par l'avenir
☐ J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie
☐ J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer

3. ☐ Je ne me considère pas comme un(e) raté(e)
☐ J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels
☐ Quand je pense à mon passé, je ne vois que des échecs
☐ J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie

4. ☐ Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant
☐ Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant
☐ Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit
☐ Tout me rend insatisfait ou m'ennuie

5. ☐ Je ne me sens pas particulièrement coupable
☐ Je me sens coupable une bonne partie du temps
☐ Je me sens coupable la plupart du temps
☐ Je me sens continuellement coupable

6. ☐ Je n'ai pas l'impression d'être puni(e)
☐ J'ai l'impression que je pourrais être puni(e)

- ☐ Je m'attends à être puni(e)
 - ☐ J'ai l'impression d'être puni(e)
7. ☐ Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) de moi
- ☐ Je suis déçu(e) de moi
 - ☐ Je suis dégoûté(e) de moi
 - ☐ Je me hais
8. ☐ Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque
- ☐ Je suis critique de mes faiblesses ou de mes erreurs
 - ☐ Je me blâme tout le temps pour mes erreurs
 - ☐ Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent
9. ☐ Je ne pense aucunement à me suicider
- ☐ J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes
 - ☐ J'aimerais me suicider
 - ☐ J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion
10. ☐ Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire
- ☐ Je pleure plus qu'avant
 - ☐ Je pleure continuellement maintenant
 - ☐ Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable
11. ☐ Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant qu'auparavant
- ☐ Je suis agacé(e) ou irrité(e) plus facilement qu'auparavant
 - ☐ Je suis continuellement irrité(e)
 - ☐ Je ne suis plus du tout irrité(e) par les choses qui m'irritaient auparavant
12. ☐ Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les gens
- ☐ Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois
 - ☐ J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens
 - ☐ J'ai perdu tout intérêt pour les gens
13. ☐ Je prends des décisions aussi facilement qu'avant
- ☐ Je remets des décisions beaucoup plus qu'avant
 - ☐ J'ai beaucoup plus de difficultés à prendre des décisions qu'auparavant
 - ☐ Je ne peux plus prendre de décisions

14. ☐ Je n'ai pas l'impression que mon apparence est pire qu'auparavant
- ☐ J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant(e)
 - ☐ J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents qui me rendent peu attrayant(e)
 - ☐ J'ai l'impression d'être laid(e)

15. ☐ Je peux travailler aussi bien qu'avant
- ☐ Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose
 - ☐ Je dois me secouer très fort pour faire quoi que ce soit
 - ☐ Je ne peux faire aucun travail

16. ☐ Je dors aussi bien que d'habitude
- ☐ Je ne dors pas aussi bien qu'avant
 - ☐ Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir
 - ☐ Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir

17. ☐ Je ne me sens pas plus fatigué(e) qu'à l'accoutumée
- ☐ Je me fatigue plus facilement qu'auparavant
 - ☐ Je me fatigue pour un rien
 - ☐ Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit

18. ☐ Mon appétit n'est pas pire que d'habitude
- ☐ Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était
 - ☐ Mon appétit a beaucoup diminué
 - ☐ Je n'ai plus d'appétit du tout

19. ☐ Je n'ai pas perdu du poids dernièrement
- ☐ J'ai perdu plus de 2 kilogrammes
 - ☐ J'ai perdu plus de 4 kilogrammes
 - ☐ J'ai perdu plus de 6 kilogrammes

Je suis actuellement un régime alimentaire Oui ☐ Non ☐

20. ☐ Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude
- ☐ Je suis préoccupé(e) par des problèmes de santé comme des douleurs, des maux d'estomac ou la constipation
 - ☐ Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose

☐ Je suis tellement préoccupé(e) par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose

21. ☐ Je n'ai pas remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour la sexualité

- ☐ J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant
- ☐ J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels
- ☐ J'ai perdu tout désir sexuel

Merci de votre participation

II. Formulaire de recueil initial

Identification

Première lettre du nom *

Votre réponse

Première lettre du prénom *

Votre réponse

Année de naissance *

Votre réponse

Date début de prise en charge *

JJ MM YYYY

/ / 2019

Démographie

Sexe *

- ☐ Homme
- ☐ Femme
- ☐ Autre / Je ne souhaite pas le préciser

Statut *

- ☐ En emploi
- ☐ Au foyer
- ☐ Chômage
- ☐ Retraité
- ☐ En étude, en apprentissage, en stage
- ☐ Donnée manquante
- ☐ Autre : _____

Profession actuelle ou passée si retraité *

Votre réponse

Présence d'enfants à la maison ? *

☐ Oui

☐ Non

☐ Donnée manquante

☐ Autre : _____

Situation du conjoint *

☐ Fumeur

☐ Non fumeur

☐ Pas de conjoint

☐ Donnée manquante

Autre dépendance ?

☐ Non

☐ Donnée manquante

☐ Autre : _____

Tabagisme

Quantité de cigarette par jour en moyenne *

Votre réponse

Durée du tabagisme en années *

Votre réponse

Nombre de PA *

Votre réponse

Tabagisme suite

Le matin, combien de temps après être réveillé fumez-vous votre première cigarette ? *

- ☐ Dans les 5 premières minutes
- ☐ Entre 6 et 30 minutes
- ☐ Entre 31 et 60 minutes
- ☐ Plus de 60 minutes
- ☐ Donnée manquante

Score Fagerström 0-10 *

Votre réponse

A quel point est il important pour vous d'arrêter de fumer ? 0-10

Votre réponse

Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Donnée manquante

En cas de réponse positive :

Essai sevrage précédent

Combien de fois ? *

Votre réponse

Avec quelle(s) méthode(s) ? *

- ☐ Substituts nicotiniques
- ☐ Accompagnement (TCC, soutien psycho)
- ☐ Varénicline ou bupropion
- ☐ Aucune
- ☐ Donnée manquante
- ☐ Hypnose
- ☐ Autre : _____

Temporalité

Questionnaire HAD dépression 0-21 *

Votre réponse

Questionnaire HAD anxiété 0-21 *

Votre réponse

Questionnaire de Beck 0-63 *

Votre réponse

Test de Horn *

- ☐ Stimulation
- ☐ Plaisir du geste
- ☐ Relaxation
- ☐ Anxiété - soutien
- ☐ Besoin absolu
- ☐ Habitude acquise
- ☐ Donnée manquante
- ☐ Aucun ≥ 10

Acteur de l'hypnose

Respect de la tâche *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Donnée manquante

III. Questionnaire à 1 an

Identification

Merci d'indiquer la première lettre de votre nom : *

Votre réponse

Merci d'indiquer la première lettre de votre prénom : *

Votre réponse

Quelle est votre année de naissance ? *

Votre réponse

Acceptez-vous de participer à cette étude ? *

☐ Oui

☐ Non

Hypnothérapie

L'hypnose a-t-elle été accompagnée d'une autre thérapeutique ?

☐ Oui : substituts nicotiniques (gommes, patch ...)

☐ Oui : phytothérapie type KUDZU

☐ Oui : accompagnement type psychothérapie

☐ Oui : acupuncture

☐ Non

☐ Autre :

Évaluation du sevrage

Actuellement, à un an de l'hypnothérapie, fumez-vous ? *

☐ Oui, tous les jours

☐ Oui, occasionnellement

☐ Non

En cas de réponse positive :

Avez-vous diminué votre consommation de cigarettes ? *

- ☐ Oui, de plus de 50%
- ☐ Oui, de moins de 50%
- ☐ Non

D'après vous, pourquoi l'hypnothérapie n'a-t-elle pas permis d'obtenir l'arrêt complet du tabac ? *

- ☐ Ce n'était pas le bon moment pour vous
- ☐ L'hypnose n'était pas la bonne méthode pour vous
- ☐ Le format "hypnose en groupe" n'était pas le bon pour vous
- ☐ Vous manquez de motivation
- ☐ Vous n'étiez pas assez préparé avant la thérapie
- ☐ Autre : _____

Retour d'expérience

Si l'hypnose était à refaire, recommenceriez-vous cette démarche ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Pas d'avis

Conseilleriez-vous cette méthode à vos proches ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Pas d'avis

Que vous soyez sevré ou non, cette expérience vous a-t-elle apporté quelque chose ? Si oui, quoi ? *

Votre réponse : _____

Sevrage tabagique et hypnose

Merci beaucoup pour votre participation. Si vous souhaitez être tenu au courant des résultats de cette étude, n'hésitez pas à m'en faire part par email. Je tâcherai alors de vous faire parvenir le travail une fois terminé.

Annexe 5 : Engagement de conformité MR004

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2211640 v 0

du 12 février 2019

Madame LEROY Marie
2 RUE LOUIS MARIN
44200 NANTES

AUTRE INFORMATION

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : Madame LEROY Marie

Service :

Adresse : 2 RUE LOUIS MARIN

Code postal : 44200

Ville : NANTES

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0685814174

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR4 - Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 12 février 2019
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe 6 : Note d'information à destination des patients souhaitant réaliser un sevrage par hypnose

Suite à la réalisation de ce travail de thèse, voici les grands messages que je souhaite transmettre aux patients qui m'évoquent la possibilité d'un sevrage par hypnothérapie :

1. L'hypnose ne fait pas partie des thérapeutiques officiellement recommandées pour le sevrage tabagique. Cependant, les études suggèrent que cette méthode mérite que l'on s'y intéresse d'avantage.
2. L'hypnose peut vous permettre, au delà du sevrage en lui-même, d'acquérir un mieux-être global, notamment sur le plan de l'anxiété.
3. Elle peut représenter une approche intéressante mais il ne s'agit pas d'une méthode "magique" qui vous déconnecte sans effort de la cigarette. En effet, l'hypnose a surtout comme effet de vous aider à mobiliser les ressources que vous avez en vous. Sans motivation et sans volonté réelle d'arrêter de fumer, elle ne pourra être efficace.
4. Tout le monde est réceptif à l'hypnose. Certains patients mettent juste plus de temps à entrer en transe.
5. A aucun moment le thérapeute ne "prend le contrôle de vous" lors d'une séance d'hypnothérapie.

Vu, le Président du Jury,

Professeur NIZARD Julien

Vu, les Directrices de Thèse,

Professeure BOUTON Céline

Docteure NOCET Sophie

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeure Pascale JOLLIET

NOM : LEROY

PRENOM : Marie

Titre de Thèse : FACTEURS PRÉDICTIONNELS D'UN SUCCÈS DE L'HYPNOTHÉRAPIE DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE, étude monocentrique non interventionnelle rétrospective auprès d'un hypnothérapeute

RESUME

Le tabagisme reste en France la première cause de mortalité évitable. Les méthodes d'aide au sevrage recommandées ne permettent pas d'obtenir un taux de sevrage satisfaisant. Il est donc nécessaire d'étudier les autres aides au sevrage, comme l'hypnose. Cette étude quantitative non interventionnelle a suivi de façon rétrospective 120 patients traités pour un sevrage tabagique selon un protocole composé d'un entretien préalable individuel puis deux séances d'hypnose de groupe à 48h d'intervalle. Cette hypnothérapie permet d'obtenir un taux de sevrage à 1 an de 42.1% en intention de traiter et 32.8% selon l'hypothèse du biais maximal. Le niveau d'addiction évalué par le score de Fagerström ainsi que la quantité de tabagisme en PA, notamment par le biais de la durée de tabagisme, semblent être prédictifs du succès de l'hypnothérapie. Le niveau de satisfaction des patients se révèle très élevé.

MOTS-CLES

Hypnose, sevrage tabagique, efficacité, facteurs prédictifs