

*Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.*

*Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.*

*D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.*

*L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document sur son site :*

*<http://www.hypnose.fr>*

**Corine OLIVE LE GLATIN**

Université de Bourgogne

U.F.R. Sciences Humaines et Sociales



**DIPLOME UNIVERSITAIRE : HYPNOTHERAPIE**

---

**Hypnose et sevrage tabagique :**  
*Une autre manière d'être et de faire*

---

**Dirigé par Antoine BIOY**

MCU- HDR

Université de Bourgogne

*Juin 2014*

<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>REVUE THEORIQUE</b>	<b>6</b>
<b>1. L'addiction</b>	<b>6</b>
<b>2. Les critères de dépendance</b>	<b>8</b>
<b>2.1. La dépendance selon le DSM IV, DSM V et la CIM 10</b>	<b>8</b>
<b>2.2. La dépendance et le tabac</b>	<b>10</b>
2.2.1. La dépendance comportementale	11
2.2.2. La dépendance psychologique	12
2.2.3. La dépendance physique/pharmacologique	12
<b>3. Processus de changement et interaction</b>	<b>13</b>
<b>4. La motivation</b>	<b>18</b>
<b>5. Les thérapies comportementales et cognitives et le tabac</b>	<b>22</b>
<b>6. L'hypnose et le tabac</b>	<b>23</b>
<b>METHODOLOGIE</b>	<b>26</b>
<b>1. Cadre de l'étude</b>	<b>26</b>
1.1. Éléments recueillis lors des deux entretiens	27
1.2. Première séance d'hypnose	30
1.3. Deuxième séance d'hypnose avec vidéo	32
<b>RESULTATS ET DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE</b>	<b>34</b>
<b>1. Le travail de l'hypnose, un changement qui s'opère par la séance</b>	<b>35</b>
<b>2. Echanges après la séance</b>	<b>40</b>
<b>3. L'hypnose, une autre manière d'être et de faire</b>	<b>40</b>
<b>4. Discussion éthique</b>	<b>42</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>42</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>45</b>
<b>Annexes</b>	<b>49</b>
<b>1. Echelles et tests d'évaluation</b>	<b>49</b>
1.1. Le Degré de Motivation	49
1.2. Le HAD	50
1.3. FTND (Fagerström test for nicotine dépendance)	53
1.4. Le CO testeur	54
<b>2. Séance d'hypnose vidéo retranscrite</b>	<b>55</b>
<b>Résumé</b>	<b>56</b>

## INTRODUCTION

« Des pratiques en réflexion »<sup>1</sup>, c'est le titre de cet ouvrage qui m'est venu à l'esprit pour commencer à rédiger ce mémoire. A bien y penser, il s'agit de ma propre pratique en réflexion qui est remise à nouveau sur le métier. Et s'il m'apparaît aujourd'hui comme une évidence d'être formée à l'hypnose, c'est à la fois pour répondre aux attentes des patients, à leur demande et me permettre de faire un pas de côté en me décalant de ma position habituelle dans la prise en charge des patients.

Formée en Hypnose Ericksonienne en 2010, il m'a semblé indispensable de poursuivre un cursus universitaire, qui me prête aujourd'hui une autre manière d'être et de faire dans ma pratique thérapeutique. C'est ainsi que je me suis inscrite au D.U. Hypnothérapie à Dijon.

Si je choisis de traiter dans ce mémoire le thème du sevrage tabagique et de l'apport de l'hypnose, c'est parce que les patients qui viennent me consulter pour l'arrêt du tabac savent que j'utilise l'hypnose comme outil thérapeutique. Mais ce n'est pas tout, c'est aussi parce que cet outil m'apporte un changement de positionnement en tant que psychologue<sup>2</sup> et tabacologue, en aidant le patient à mobiliser ses propres ressources – ressources jusqu'alors insoupçonnées - et en l'accompagnant dans la compréhension de son propre fonctionnement par rapport à son addiction.

Plusieurs approches ont fait l'objet d'études dans l'aide à l'arrêt du tabac et selon la Haute Autorité de Santé<sup>3</sup> (HAS) (2013), « les Traitements Nicotiques de Substitution (TNS), quelle que soit leur forme, sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo et augmentent l'abstinence à 6 mois de 50 % à 70 % (niveau de preuve 2)<sup>4</sup> ».

---

<sup>1</sup> Martin, C., Baradat D., (2003) *Des pratiques en réflexion*, Collection Travail et Activité Humaine, Editions Octares, pp 545

<sup>2</sup> Et titulaire du DU en Psychothérapies Comportementales, Cognitives et Emotionnelles (LILLE II)

<sup>3</sup> Haute Autorité de Santé (2013) Recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » Méthode Recommandation pour la pratique clinique (octobre 2013, P. 28)

<sup>4</sup> Niveau 2 (NP2) : Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques). Il comprend des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées et/ou des études de cohorte. Le grade des recommandations correspondant est la présomption scientifique (la preuve scientifique n'est pas établie).

Cependant, si les TNS permettent de doubler les chances d'arrêt par rapport à un placebo<sup>5</sup>, le taux d'arrêt à 6 mois reste bas puisqu'il est évalué à 7%<sup>6</sup> et selon l'Inpes<sup>7</sup> « *les études cliniques montrent que l'utilisation d'un TNS augmente le taux d'arrêt de 10 à 18 % selon que l'on utilise ou non un TNS, ce qui double presque les chances de s'arrêter de fumer (contre placebo)* ». Et, en l'absence de toute aide pharmacologique ou non pharmacologique à l'arrêt, les taux de sevrage tabagique sont de l'ordre de 3 à 5% (HAS, 2006)<sup>8</sup>.

Parmi les autres approches citées par l'HAS, dans l'aide à l'arrêt du tabac, on note l'activité physique, l'acupuncture et l'hypnothérapie avec la mention suivante : « leur bénéfice dans l'aide à l'arrêt du tabac n'est pas établi, cependant, ces approches, qui bénéficient d'un certain recul, n'ont pas montré à ce jour de risque majeur... ». Ainsi, il n'y a pas de véritable contre-indication à utiliser la pratique de l'hypnose comme outil dans l'arrêt du tabac. Par ailleurs, nous notons que « l'éthique du médecin ne lui permet pas de recommander une thérapeutique non validée », alors que la pratique de l'hypnose est également réalisée par des médecins.

Quant aux traitements psychothérapeutiques, les thérapies cognitivo-comportementales permettent de multiplier par deux le taux d'abstinence tabagique à six mois. Elles ont une place de choix dans l'accompagnement du fumeur et plus particulièrement pour les trois phases de l'arrêt du tabac : la préparation, le sevrage et la prévention de la rechute.

Pour résumer, deux types de traitement ont fait preuve de leur efficacité dans la prise en charge de l'addiction au tabac, il s'agit des traitements médicamenteux et des thérapies comportementales et cognitives. Quant à l'efficacité de l'hypnose dans le soutien à l'arrêt du tabac, elle n'est à ce jour pas scientifiquement prouvée.

Cependant, dans l'accompagnement au sevrage tabagique, il est important de comprendre ce qu'attendent les patients quand ils franchissent le seuil de la porte du cabinet : Une aide particulière ? Un besoin d'être rassuré ou soutenu ? Un renforcement dans leur propre motivation à l'arrêt du tabac ? ... Dans les mots échangés, d'autres maux accompagnent

---

<sup>5</sup> Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L., Mant, D. & Fowler, G. (2003). Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In : The Cochrane Library, Issue 2.

<sup>6</sup> Hugues, JR, Shiffman, S, Callas, P, Zhang, J. (2003). A meta-analysis of the efficacy of over the-counter nicotine replacement. *Tob Control*, 12 : 21-27.

<sup>7</sup> Inpes : Institut National de prévention et d'éducation pour la santé. <http://www.tabac.gouv.fr/rubrique-24168.php>

<sup>8</sup> Haute Autorité de Santé (2006) Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique.

parfois la parole, et m'ont questionnés au point de m'interroger sur la prise en charge clinique, singulière, qu'il était possible de faire en dehors des thérapies comportementales cognitives et émotionnelles, des prescriptions de substituts nicotiques et des encouragements dans l'arrêt du tabac. Comment accompagner chaque patient ? Quelle pratique adopter ? Comment faire en sorte que le sujet devienne « son propre acteur dans ce qui se joue » avec le tabac ?

Dans cette rédaction, en plus du concept d'addiction et de dépendance, il m'a semblé intéressant de présenter le concept de motivation car la motivation est à l'origine du changement de comportement individuel et est évaluée lors du premier entretien. Par ailleurs, il m'a semblé difficile de faire l'impasse sur la dépendance au tabagisme, même si celle-ci n'est jamais réellement évoquée en ces termes.

Avant de présenter les rencontres avec le patient, un premier développement sera consacré à l'approche théorique puis à la présentation de la problématique. Nous décrirons ensuite notre méthodologie de travail et le cadre de notre étude. Enfin, nous présenterons à partir du matériel clinique, les résultats et les concepts qui s'y rattachent.

Nous engagerons, avant de conclure, une discussion théorico-clinique de ce travail.

# REVUE THEORIQUE

## 1. L'addiction

En France, 73 000 personnes meurent chaque année des conséquences du tabac. La recherche médicale a démontré la toxicité de la consommation excessive du tabac et l'OMS en a fait un thème de santé publique. Bien que les fumeurs soient informés des risques qu'ils encourent en continuant le tabagisme, on note que seulement moins de 5% des tentatives d'arrêt sans prise en charge aboutissent à une abstinence de 1 an et ce taux de succès peut être augmenté aux environs de 15 à 20% d'arrêts à un an sans rechute grâce à la prise en charge<sup>9</sup>.

Aujourd'hui, la place de la tabacologie au sein du concept clinique de l'addictologie pose question tout autant que sa place dans le système de soins.

Goodman, psychiatre anglais, a formulé en 1990 une définition de l'addiction en la décrivant comme "un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives".

L'addiction serait donc un processus selon lequel un comportement qui permet à la fois l'éprouvé d'un plaisir - il s'agit là du renforcement positif de la substance (phénomène central en addictologie) - et le soulagement d'une tension interne répétée, qui fait référence au renforcement négatif de la substance et ce malgré les efforts du sujet et les conséquences négatives. La dépendance tabagique répond parfaitement à cette définition.

A chaque fois, le fumeur passe par le même enchaînement d'initiation à l'usage de la substance, phénomène de renforcement positif puis phénomène de renforcement négatif et l'on retrouve le même type d'attente positive et de croyances qui sont le sous-bassement de la poursuite de cette consommation. On retrouve également le phénomène de craving.

La littérature nous enseigne que les patients consommateurs de substances (tabac ou produits illicites) présenteraient des facteurs de vulnérabilité communs. D'après Varescon<sup>10</sup> « ils concernent certains aspects de la personnalité comme la recherche de sensation, la dépression,

---

<sup>9</sup> Fiore, M.C., Bailey, W.C. (2000) Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human Services.

<sup>10</sup> Varescon, I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives*. Paris, Berlin.

l'estime de soi, la dépendance affective et l'alexithymie ». Les patients auraient également les mêmes aspects neurobiologiques avec notamment l'activation du système de récompense méso limbique dopaminergique.

Au sein de ce concept d'addictologie on distingue dans l'ombre d'entité clinique, le comportement de la consommation avec :

a) Le non usage :

On considère qu'il y a un usage primaire quand quelqu'un n'a jamais consommé et un usage secondaire lorsqu'une personne a consommé et qui secondairement ne consomme plus. Cette différenciation primaire et secondaire a du sens en tabacologie car on distingue toujours le non-fumeur, qui n'a jamais fumé et l'ex-fumeur qui a consommé et qui a, par consécution, une entité clinique radicalement différente du non-fumeur.

Le fait de ne pas consommer, de ne pas développer une intoxication chronique et de dépendance est conditionnée à peu près pour toutes les substances par des facteurs culturels, des facteurs sociaux, et des facteurs de vulnérabilité personnelle, psychologiques, psychopathologiques et génétiques.

b) L'intoxication :

Le syndrome d'intoxication en addictologie est un phénomène aigu et réversible occasionné par la consommation d'une substance psycho active et qui entraîne des symptômes comportementaux psychologiques, spécifiques de la substance consommée. Le syndrome d'intoxication a un sens clinique extrêmement marqué lorsque l'on parle d'alcool, de certaines drogues comme le cannabis et des psychos stimulants comme la cocaïne. Pour le tabac, il est difficile de parler d'intoxication car il n'y a pas de manifestations de symptômes comportementaux et psychologiques suite à sa consommation. C'est une des premières spécificités de la tabacologie au sein de l'addictologie.

c) L'usage simple et à risque :

L'usage simple c'est la consommation d'une substance ou d'un produit sans complication somatique, psychique et sans caractère pathologique. Par contre, cet usage ne préjuge pas des éventuelles conséquences pénales par rapport au caractère illicite de la substance. Pour l'usage à risque, on peut craindre que la prise des produits engendre des dommages médicaux,



sociaux, psychiques ou autres. Ainsi, consommer trois à quatre verres d'alcool chez soi ne peut être considéré comme un usage à risque mais conduire un véhicule en ayant absorbé trois à quatre verres d'alcool s'inscrit dans un usage à risque.

L'usage à risque peut aussi être atteint quand le niveau de consommation est tel que l'on puisse craindre l'arrivée d'une dépendance.

En tabacologie, la moindre consommation de tabac induit un risque de développer une dépendance qui est majeur contrairement à une consommation très modérée d'alcool. On peut, par ailleurs, noter qu'il n'a jamais été fixé de seuil pour la consommation de tabac en deçà duquel on pourrait considérer qu'il n'y a pas de risques sanitaires.

Ainsi, en tabacologie, l'usage à risque ne peut pas se distinguer de l'usage simple compte tenu que l'usage est nécessairement un risque.

d) L'usage nocif ou abus de substances, l'usage de la dépendance :

Concernant la sémiologie, un des aspects proposé selon l'OMS serait de distinguer ce qui relève de la dépendance et de l'importance du lien qui s'est tissé entre la personne et le produit par l'usage répété de la substance. En effet, plus on est dépendant à un produit, plus on a le risque de développer des dommages somatiques, sociaux et psychologiques. Et inversement, plus on a de dommages somatiques, sociaux et psychologiques, plus il y a de vraisemblance que l'on soit dépendant.

## **2. Les critères de dépendance**

### **2.1. La dépendance selon le DSM IV, DSM V et la CIM 10**

Les définitions de la dépendance qui tiennent lieu aujourd'hui de référence sont issues du DSM IV et de la CIM 10.

La cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V), combine en un seul diagnostic de **trouble d'utilisation de substance** les diagnostics d'abus de substance et de dépendance à une substance. Pour chaque substance, il décrit des critères pour l'intoxication, le sevrage et les troubles induits par la substance.

Les critères diagnostiques de troubles d'utilisation de substances sont presque identiques à ceux de l'abus de substance et de dépendance du DSM-IV combinés en une seule liste, à deux exceptions près :

- Le critère de problèmes légaux récurrents pour l'abus de substance a été retiré,
- Un nouveau critère de fort désir ou besoin (**craving**) d'utiliser la substance a été ajouté.

Le seuil pour le diagnostic de trouble d'utilisation d'une substance du DSM-V est fixé à deux critères ou plus.

Les critères de trouble d'utilisation du tabac sont les mêmes que pour les autres substances alors que l'abus du tabac ne faisait pas partie du DSM-IV.

La sévérité des troubles est basée sur le nombre de critères rencontrés: 2-3 critères indiquent un trouble léger; 4-5 critères, un trouble modéré, et 6 ou plus, un trouble sévère.

La rémission récente d'un trouble est définie comme consistant en au moins 3 mois (et moins de 12 mois) sans que des critères du trouble soient applicables (sauf celui de l'envie de consommer) alors que la rémission durable consiste en au moins 12 mois sans critères applicables (sauf l'envie ou craving).

Le premier critère de dépendance est de développer une tolérance, donc une diminution de l'effet avec la répétition de l'usage ou un besoin d'augmenter les doses pour continuer l'effet désiré. Pour le tabac, la tolérance est un phénomène extrêmement rapide que l'on retrouve chez quasiment tous les consommateurs au bout de quelques mois de consommation.

Le syndrome de sevrage est parfaitement caractérisé avec une série de symptômes spécifiques de la substance, cliniquement significatifs et qui ont cette particularité de disparaître avec la réintroduction de la substance.

La notion de perte de contrôle en tabacologie n'est pas très pertinente car d'une façon générale la consommation de tabac chez un fumeur est extrêmement stable. En effet, si le fumeur est amené à augmenter sa consommation en nombre de cigarettes, le tirage sera moins conséquent et inversement, si le fumeur réduit son nombre de cigarettes, sa façon de fumer sera modifiée pour qu'il puisse avoir « sa dose ».

Le désir persistant de consommer ou l'incapacité répétée à réduire ou à arrêter l'usage de la substance est le phénomène central de la dépendance que l'on retrouve parfaitement en tabacologie.

Pour ce qui est du temps passé à essayer de se procurer de la substance, l'accès au tabac est aisé pour le consommateur puisqu'en vente chez les buralistes.

Le critère d'abandon d'activités de loisirs, professionnelles, d'activité familiale au profit du seul usage de la substance n'est pas très adapté.

Concernant le critère de fort désir ou de besoin (**craving**) d'utiliser la substance, il est une composante psychologique essentielle de la dépendance qui se manifeste par une pulsion incontrôlable, de très forte intensité, avec une envie irrépressible de consommer la substance. Finalement sur les 8 critères, 3 n'ont pas réellement de pertinence en tabacologie. Le diagnostic de dépendance chez les fumeurs s'effectuera sur 5 critères.

Pour la CIM 10 l'analyse est un peu analogue. Le diagnostic de dépendance se fait sur 3 critères en prenant en compte les dommages médicaux, psychiques et sociaux provoqués par la prise de la substance.

On peut ajouter qu'en termes de prévalence de risque de développer une dépendance, une grande partie d'expérimentateurs occasionnels deviennent des consommateurs quotidiens. Le tabac a le pouvoir de « *rendre la personne dépendante après peu d'exposition* ».

Pour le clinicien, il s'agira de situer le tabac dans des stratégies thérapeutiques en essayant d'agir sur la dépendance, qui a des conséquences somatiques et sociales, en travaillant sur la motivation, en organisant un sevrage dans une logique de réduction des risques et de prévention des rechutes.

Bien que tous les critères de dépendance ne soient pas adaptés à la tabacologie, comme il l'a été souligné précédemment, on se situe clairement dans la clinique addictologique avec des spécificités. L'addiction au tabac est une addiction extrêmement sévère, avec une très forte prévalence dans la population, avec un risque de développer une dépendance après une première initiation extrêmement fort et un taux d'échec dans l'arrêt particulièrement élevé.

## **2.2. La dépendance et le tabac**

Selon la définition de l'O.M.S. (1975), la dépendance est 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 comportent toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique de façon à ressentir ses effets psychiques et

parfois éviter l'inconfort de son absence (syndrome de sevrage). La tolérance peut ou peut ne pas être présente ».

La dépendance peut se définir comme une perte totale de la liberté de dire « non » à la cigarette ; le fumeur est pris dans une spirale qui l'oblige à fumer sous peine de ressentir des symptômes de manque et a par conséquent besoin de maintenir un certain taux de nicotine dans le sang. Même en connaissant les risques, même après un infarctus ou l'amputation d'un membre, il n'est pas rare que le fumeur soit en difficulté pour arrêter sa consommation. Il est pris dans un piège dont il lui est difficile de s'en échapper car, contrairement à ce que l'on pourrait penser, il ne suffit pas d'avoir de la volonté pour réussir le sevrage tabagique.

Pour Lagrue<sup>11</sup>, l'addiction appliquée au tabagisme est triple. On distingue une dépendance comportementale, une dépendance psychique et une dépendance physique.

### **2.2.1. La dépendance comportementale**

A l'instar du chien de Pavlov qui salive lorsqu'il entend le son de la clochette, associant ce bruit à la nourriture, le fumeur a envie de fumer dans certaines circonstances auxquelles il aura associé l'usage du tabac : il s'agit de rites, de rythmes, d'automatismes, de gestes, etc.

Ce sont des personnes qui fument sous l'influence de stimuli extérieurs par réflexe conditionné. Il se produit un évènement, une situation que le fumeur associe, à force d'habitude, avec la cigarette ; par exemple lorsqu'il est avec des amis, lorsque l'atmosphère est conviviale mais aussi en répondant au téléphone ou en prenant son véhicule. La cigarette est alors allumée par réflexe et non par besoin. Le fumeur n'a pas souvent conscience de ces automatismes et il lui arrive de fumer sans s'en rendre compte. Le fumeur devient conscient de ces automatismes lorsqu'il cesse de fumer : en début de sevrage, l'envie d'une cigarette revient automatiquement dans ces mêmes circonstances.

Il s'agira dans la prise en charge d'aider le fumeur à décrire les moments où il a envie de prendre une cigarette, à comprendre s'il s'agit d'un besoin de détente, d'un automatisme

---

<sup>11</sup> Lagrue G. (1995) « le tabagisme, un problème majeur de santé publique » in *Neuro-psy*, 1995 ; 10 : 473-474

gestuel, d'un rite où s'il existe des associations particulières avec la cigarette (concentration, stress, convivialité, action...).

### **2.2.2. La dépendance psychologique**

La dépendance psychologique est variable d'un fumeur à l'autre selon sa personnalité, son vécu et son environnement et elle se traduit par le besoin de consommer. Le sujet fume pour retrouver les effets psycho actifs du tabac et de la nicotine notamment. La nicotine favorise la régulation globale de l'humeur et selon le niveau d'humeur de base, elle est stimulante ou apaisante.

La consommation de cigarettes dépend des circonstances et de l'état psychologique du sujet, des moments de la journée, des situations rencontrées et des effets recherchés.

La cigarette apporte une sensation de détente, de relaxation musculaire quand, sous l'effet d'un stress, les muscles sont contractés. Mais, la cigarette provoque aussi une brusque augmentation de la sécrétion d'adrénaline, bien connue comme étant « l'hormone de stress », donc, en réalité, les fumeurs deviennent encore plus stressés quand ils fument.

La cigarette procure cette impression de « soutien pour le moral », qui s'explique par la sécrétion induite par la nicotine, au niveau cérébral, de sérotonine et de noradrénaline (neuromédiateurs très impliqués dans la régulation de l'humeur).

La cigarette sert aussi de béquille lors d'une baisse de moral, de moments de solitude ou d'une baisse passagère de l'humeur. Elle est aussi consommée pour réguler l'appétit ou pour maintenir le poids car elle a des effets hyperglycémiant et est anorexigène.

### **2.2.3. La dépendance physique/pharmacologique**

La présence d'un syndrome de sevrage ou d'un phénomène de tolérance caractérise la dépendance physique. Elle se traduit par un état de manque lorsque l'organisme est privé de tabac. Cette dépendance pharmacologique impose au fumeur un certain nombre de cigarettes par jour.

La nicotine est le principal responsable de la dépendance, en raison d'analogie structurale avec l'acétylcholine. La nicotine se fixe sur certains récepteurs à l'Acétylcholine, surtout ceux présents dans l'Aire Tegmentale Ventrale (ATV) et est le principal alcaloïde du tabac (90%).

Le cerveau gère le besoin en nicotine qui lui est nécessaire et ne supporte pas très longtemps d'en être privé. Chaque cigarette fumée satisfait le besoin mais pour une courte durée car la nicotine absorbée est rapidement éliminée par le métabolisme hépatique. Dès que la dose de nicotine se rapproche du seuil du besoin, le cerveau rappelle à l'ordre le fumeur et le besoin de fumer s'impose à nouveau. Par exemple, au réveil, il n'est pas rare que le fumeur allume une première cigarette, tire fortement dessus et en fume une seconde dans un temps rapproché de la première et ce pour « combler la dose ».

Le fumeur qui présente une dépendance psychique et/ou physique ne peut plus fumer de temps en temps, ce qui serait son rêve, c'est-à-dire fumer pour le plaisir. Son assuétude au tabac ne correspond plus à la recherche d'un plaisir mais procède à l'évitement d'un déplaisir et à diminuer les tensions intérieures.

### **3. Processus de changement et interaction**

L'identification et la résolution d'une difficulté passent par plusieurs étapes de changement. Ces dernières ont notamment été décrites dans le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente<sup>12</sup>, où sont proposés six stades de changement.

Les fumeurs peuvent emprunter ces différents stades avant de devenir définitivement des ex-fumeurs<sup>13</sup>.

#### **1. Le stade de l'indétermination**

Le sujet n'envisage pas d'arrêter de fumer et n'a pas l'intention de modifier son comportement au cours des 6 prochains mois. Il considère que fumer n'est pas un problème pour lui et n'a pas conscience de l'existence d'une conduite addictive. Son tabagisme n'a pas encore eu d'impact sur sa santé ou alors il estime que c'est sans importance. Il est également possible que les bénéfices de fumer soient-tels qu'ils dépassent de loin les désagréments et les

---

<sup>12</sup> Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C. (1982) « Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change », In *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 19 (3) : 276-288.

<sup>13</sup> On entend par ex-fumeur, un fumeur qui a arrêté son tabagisme depuis au moins 6 mois.

risques. Il est probable que le sujet connaisse les risques encourus en fumant pendant des années, mais autour de lui des fumeurs ont survécu jusqu'à un grand âge. A ce stade le fumeur est « heureux » ou « satisfait » ; il n'y a aucun problème et nombreuses sont les résistances au changement. Le sujet n'a pas l'intention de modifier son comportement à risque.

## **2. Le stade d'intention ou de contemplation**

Le fumeur considère maintenant que les désagréments et les risques sont plus importants que les bénéfices. Il pense qu'il serait mieux d'arrêter de fumer mais ce projet se situe dans un avenir imprécis. Il n'y a pas eu de déclic ou des obstacles le freinent : Il a peur de ne pas y arriver, que ce soit difficile, de prendre du poids, de devenir irritable... A ce stade, le fumeur a envie de s'arrêter mais il se dit « c'est bon de fumer ». L'ambivalence caractérise essentiellement cette phase.

## **3. Le stade de la préparation**

Le sujet a décidé d'arrêter de fumer très bientôt et a résolu son ambivalence ; il va faire quelque chose rapidement. Il cherche à se renseigner. S'arrêter seul ? Chercher de l'aide ? Quel type d'aide ? Qu'est ce qui est efficace ? Quel est le meilleur moment ? Les différents moyens pour arrêter le comportement tabagique sont étudiés. Le sujet commence à modifier son comportement et a besoin de conseils pratiques sur la façon dont il peut se servir des méthodes existantes pour se débarrasser du tabac.

## **4. Le stade de l'action**

C'est le passage à l'action « Assez parlé maintenant, agissons ! ». Le sujet a mis en œuvre son programme d'action. Il découvre une nouvelle vie sans tabac. On considère que ce stade se prolonge jusqu'à six mois après l'arrêt du tabac. Au cours de cette phase, observée comme la moins stable, les sujets peuvent courir le risque de retomber dans leur comportement antérieur.

## **5. Le stade de la consolidation**

Le sujet est maintenant un ex-fumeur ! Il ne fume plus depuis au moins six mois. Cependant il peut arriver qu'il garde encore une certaine nostalgie de son tabagisme avec peut-être encore parfois envie de fumer, notamment quand il est confronté aux situations qui étaient auparavant fortement associées à son tabagisme : la prise d'alcool, la compagnie des fumeurs, la fin d'un bon repas, une fête, une colère, une déprime... toute émotion forte qu'elle soit

positive ou négative. Le sujet doit donc rester vigilant « je tiens bon ». Il a progressivement intégré un nouveau comportement dans sa vie sans tabac.

L'ex-fumeur (un sujet qui continue à faire des efforts pour ne pas rechuter) ne redevient jamais « innocent » face au tabac, sa mémoire garde trace de ce produit.

Le mythe dont il faut se départir est qu'il serait possible de fumer 2 ou 3 cigarettes par jour, sans danger, une fois le sevrage terminé.

## **6. La rechute**

Ce stade ramène le sujet vers un stade antérieur. Il faut considérer la rechute comme une expérience et non un échec, elle fait partie intégrante du travail de séparation avec le tabac. Il est tout à fait possible qu'à l'occasion d'une difficulté, le sujet n'ait pas réussi à bien gérer une tentation. La rechute commence souvent par une reprise accidentelle d'une ou de quelques cigarettes et le sujet ne réussit pas à endiguer la pression interne pour poursuivre la consommation.

La rechute ne doit pas être vécue par le patient comme dramatique. Le clinicien doit déculpabiliser le patient, positiver, encourager d'avoir essayé et analyser ce qui a conduit à prendre à nouveau du tabac. Ces tentatives de sevrage tabagique sont donc à appréhender comme des expérimentations car l'arrêt du tabac est un apprentissage qui peut passer par une série d'essais-erreurs. Pour Le Maître<sup>14</sup> « la rechute fait partie du traitement et est un premier pas vers le succès ».

Les principales causes de la reprise du tabac sont la persistance de la dépendance physique, le stress, qu'il soit aigu ou chronique, la prise de poids, la dépression mais également la perte de motivation. L'environnement peut également avoir des effets sur le sujet.

Le schéma de Prochaska et Di Clemente ne doit pas laisser penser que les fumeurs évoluent systématiquement de façon linéaire à travers les six stades. En effet, pour la plupart des fumeurs, le mode de déplacement est oscillant. Une étude de probabilité de transition (par intervalle de 6 mois) menée par Carbonari et al.<sup>15</sup> illustre cette dynamique oscillante. Une fois

---

<sup>14</sup> Le Maître, B. (2003) *Le Tabac en 200 questions*. Ed. De Vecchi, p.115

<sup>15</sup> Carbonari, J.P., Di Clemente, C.C., Sewel, K.B. (1999) Stage Transitions and the Transtheoretical « Stages of Change » Model of Smoking Cessation, *Swiss Journal of Psychology*, 58, 134-144.



arrivé au stade préparatoire, la probabilité de revenir en arrière est supérieure à celle de passer à l'arrêt, mais passé ce barrage, parvenu au stade d'action, la probabilité de passer à un arrêt durable (c'est-à-dire de plus de six mois, ce qui ne veut pas dire arrêt définitif) est supérieure à la probabilité de revenir en arrière.

Cependant si un sujet revient à un stade antérieur, il ne doit pas être considéré comme n'ayant jamais entrepris de démarche et la progression au prochain stade peut se réaliser plus rapidement et ce en raison du chemin parcouru et du retour d'expérience acquis<sup>16</sup>. Tout comme l'oiseau qui prend son envol, plusieurs tentatives peuvent parfois être nécessaires pour arriver à l'objectif fixé.

Le sujet peut aussi passer directement au stade de l'action à partir de ceux de l'indétermination ou de l'intention. Ce type de comportement est plus fréquent chez les fumeurs pour qui l'arrêt du tabac est indiqué, suite à un infarctus du myocarde par exemple.

En général, les patients qui viennent consulter sont au stade 2-3 d'intention et de préparation à l'action.

A l'intérieur de ces stades, s'inscrivent une dizaine d'indicateurs de changement<sup>17</sup>.

- 1) **la prise d'information** : le patient est vigilant à toute information concernant l'arrêt du tabac « *je me souviens d'articles traitant de l'arrêt du tabac* »,
- 2) **la libération émotionnelle** : elle favorise l'identification, l'expérimentation et l'expression des émotions vis-à-vis des dégâts du tabac sur la santé « *je réagis émotionnellement aux mises en garde sur le tabac* »,
- 3) **la perception de l'environnement** : le sujet prend conscience de l'effet du tabagisme sur son environnement et de l'impact que pourrait avoir un changement sur cet environnement « *je me prends à penser que je pollue l'environnement* »,
- 4) **la libération sociale** : le sujet prend conscience de modèles de comportement non-fumeur « *je remarque que les non-fumeurs font valoir leur droit* »,

---

<sup>16</sup> Sullivan K.T., (1998) Promoting health behavior change, *ERIC Educational Reports*. [En ligne]. <http://www.ericdigests.org/1999-4/health.htm>

<sup>17</sup> Prochaska J.O., Velicer, W.f., Di Clemente C.C., Fava, J. (1988). Measuring Processes of Change: Applications to the Cessation of Smoking, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.

- 5) **l'auto évaluation** : dimension affective de l'enjeu personnel que représente l'arrêt, évaluation cognitive et affective de l'image de soi « *ma dépendance au tabac me laisse un sentiment d'insatisfaction* »,
- 6) **le soutien relationnel** : disponibilité d'une personne qui peut apporter son soutien « *j'ai quelqu'un pour m'écouter quand j'ai à parler du tabac* »,
- 7) **le contrôle de stimulus** : neutralisation des stimuli incitatifs de l'environnement « *j'enlève de chez moi tout ce qui peut me faire penser à fumer* »,
- 8) **le contre conditionnement** : trouver des alternatives au comportement non désiré et apprendre de nouveaux comportements. Substitution ou compensation par une autre activité « *au lieu de fumer, je fais du sport* »,
- 9) **la gestion de renforcement** : attribuer des récompenses facilement accessibles pour améliorer les probabilités que le comportement souhaité se produise ou continue « *les autres me récompensent de ne pas fumer* »,
- 10) **l'auto libération** : sentiment de sa liberté, de choisir et de décider « *je me dis que je peux très bien arrêter si je le veux* ».

Deux grands types d'indicateurs se dégagent : les 5 premiers sont des indicateurs dits « cognitifs » (qui concernent les processus de pensée) et les 5 derniers sont « comportementaux » (qui concernent davantage la gestion de l'action). Ces indicateurs entrent en interaction avec les stades dans le processus de changement. Ainsi au fur et à mesure que les fumeurs avancent vers l'arrêt, ils mobilisent des stratégies différentes : en début de parcours, ce sont les processus cognitifs qui sont davantage mobilisés, le patient est en général dans un conflit intrapsychique (réévaluation environnementale, émotions négatives, recherche d'informations, libération sociale, auto-réévaluation). En fin de parcours ce sont les processus comportementaux qui prennent le relais, le patient s'engage dans l'action concrète (mobilisation de la volonté, relations d'aide, contre conditionnement, gestion de renforcement, contrôle de stimulus).

Pour le clinicien, avoir connaissance de ces interactions permet de cibler les stratégies à mettre en place pour accompagner le patient dans sa démarche à l'arrêt du tabac. Il apparaît en effet, qu'il y a des stades pour agir sur le niveau de conflit (trop peu de conflit ne mène pas à l'action) et des stades pour prescrire l'action (quand le niveau de conflit est suffisant).

Un autre élément important à prendre en considération est celui de la motivation qui conditionne la démarche dans l'arrêt du tabac : une remarque des enfants sur son propre tabagisme, un proche qui développe une pathologie liée au tabac ou encore une toux dont on n'arrive pas à se débarrasser...ou encore le désir sincère d'en finir avec ce produit toxique qui « pollue la vie et fait souffrir ».

## 4. La motivation

Par motivation, on entend l'ensemble des causes, conscientes ou inconscientes qui sont à l'origine du comportement et qui pousse un individu à agir dans une direction donnée avec une intensité donnée. De nombreuses définitions et théories de la motivation existent<sup>18</sup>. Nous retiendrons la définition suivante qui semble bien correspondre à notre étude « *la motivation est, dans un organisme vivant, la composante ou le processus qui règle son engagement dans une action ou expérience. Elle en détermine le déclenchement dans une certaine direction avec l'intensité souhaitée et en assure la prolongation jusqu'à l'aboutissement ou l'interruption* ». La motivation permet d'expliquer les comportements, les aspirations et attentes d'une personne dans une activité donnée.

Selon la théorie de Deci et Ryan<sup>19</sup> et de Vallerand et Brissonnette<sup>20</sup>, trois formes de motivation se distinguent, la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation.

La motivation intrinsèque représente le plus haut niveau d'autodétermination. Elle est inhérente à l'individu, à ses caractéristiques génétiques, et conduit à entreprendre telle ou telle chose. Le sujet est motivé pour l'intérêt que l'activité lui procure : du plaisir, de la joie ou de la liberté. « *Quand les gens sont intrinsèquement motivés, ils éprouvent de l'intérêt et du plaisir, ils se sentent compétents et autodéterminés, ils perçoivent un locus de causalité*

---

<sup>18</sup> Maslow, A.H. (1987), *Motivation and personality*, Harper Collins Publishers, 3<sup>rd</sup> édition.

<sup>19</sup> Deci, E.L., Ryan, R.M. (1985) *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, New York : Plenum.

<sup>20</sup> Vallerand, R.J., Brissonnette, R. (1992) Intrinsic, extrinsic and amotivational styles as predictors of behavior : a prospective study. *Journal of Personality*, 60, 599-620.

*interne quant à leur comportement, et dans certaines circonstances ils ressentent un état de fluidité (flow)».*<sup>21</sup>

Ce qui est ressenti comme pression, contrainte, contrôle fait baisser la motivation intrinsèque, à l'inverse, les situations dans lesquelles les sujets ont le libre choix (*free choice*) et dont ils connaissent les objectifs à long terme la stimule.

La motivation extrinsèque provient de l'extérieur, elle renvoie aux bénéfices attendus. Ce n'est pas pour le plaisir ou pour l'intérêt de l'activité que l'individu agit, c'est dans le but d'obtenir une récompense ou une gratification (renforcement positif) ou inversement d'éviter quelque chose de déplaisant, par crainte de contraintes ou sanctions (renforcement négatif). « *La motivation extrinsèque fait référence aux comportements adoptés dans une activité afin d'obtenir des conséquences indépendantes de celle-ci* ». <sup>22</sup> Le niveau d'autodétermination est par conséquent moindre pour la motivation extrinsèque.

Ces deux types de motivation n'ont pas le même effet sur le comportement. En effet, il sera beaucoup plus aisé de renforcer la motivation extrinsèque que la motivation intrinsèque du sujet. Ainsi, face à un patient qui ne se sent pas motivé à l'arrêt, en dehors de manifester de l'empathie, il y aura tout lieu de rechercher dans les propos du patient ses contradictions par rapport au tabac.

Concernant l'amotivation, le sujet est ni intrinsèquement, ni extrinsèquement motivé, ce sont des facteurs indépendants de sa volonté qui suscitent son comportement. Pour Pelletier & Vallerand<sup>23</sup> « *un individu est amotivé lorsqu'il ne perçoit pas de relation entre ses actions et les résultats obtenus* ». Le sujet s'adapte en acceptant ce que l'ordre social impose.

Selon ces théories, nous pouvons dégager ce qui caractérise une personne motivée : l'intensité et la régularité dans son engagement à faire ainsi que sa persévérance dans son comportement. Nous relevons toutefois que les processus psychologiques internes qu'implique la motivation

---

<sup>21</sup> Deci, E.L., Ryan, R.M. (1985) *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, New York : Plenum, p.34

<sup>22</sup> Ryan, R.M., Deci, E.L., (2000) Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78, p. 71.

<sup>23</sup> Pelletier, L.G., Vallerand, R.J. (1993) Une perspective humaniste de la motivation : les théories de la compétence et de l'autodétermination. In R.J. Vallerand & E. Thill (Eds), *Introduction à la psychologie de la motivation* (pp.223-281). Montréal : Editions Etudes Vivantes, p. 256

ne sont pas décrits et qu'il est du ressort du clinicien de les mettre en exergue au fil des entretiens afin que ces derniers fassent surface.

Par ailleurs, plusieurs facteurs influencent la motivation. Il s'agira notamment de prendre garde qu'il n'y a pas un décalage trop important entre ce qu'il est possible de faire et les capacités du sujet, d'interroger l'image ou l'estime de soi car l'investissement de chacun diffère en fonction des aptitudes. Ainsi, celui qui se sent compétent dans une discipline par exemple, sera plus motivé que celui qui se sous-estime et il n'est pas rare qu'un patient qui craint de ne pas réussir dans sa démarche à l'arrêt du tabac le cache à son entourage de peur qu'il soit jugé.

Quant aux facteurs qui influent sur l'amotivation, ils sont identifiés lors des entretiens. Ils sont de plusieurs ordres : un découragement rapide, un détournement de ce qu'il faudrait faire, une non envie (qui se voit fréquemment quand les patients sont adressés par un médecin en consultation de tabacologie).

Comme il l'a été souligné, il n'existe pas de personnalité tabagique identifiée. Le clinicien doit alors s'adapter et appréhender les différents degrés de dépendance en balayant par un entretien d'évaluation, la nature du manque et ses conséquences dans le vécu du sujet. Que se cache-t-il derrière l'écran de fumée de la cigarette ? Le tabac est-il venu étayer la construction de la personnalité du fumeur ? A-t-il permis de compenser une fausse aisance sociale, des revendications non exprimées, etc. ? Autant de questions qui permettront de mieux comprendre l'attitude du fumeur, ses craintes et les moyens sur lesquels des solutions thérapeutiques peuvent être envisagées.

C'est dans cette perspective de préparation et d'accompagnement à un changement de comportement que l'entretien motivationnel, qui « *est plus qu'une technique, un style relationnel ou un état d'esprit, qui s'oppose au style confrontationnel* »<sup>24</sup>, contribue à évaluer les besoins d'aides nécessaires, identifie les motivations propres au changement et permet d'accompagner le fumeur dans ses prises de décisions, notamment quand ce dernier se trouve dans une situation problème. Mais c'est aussi en comptant sur la motivation des patients à vouloir modifier leur situation, qu'il sera possible de définir en accord avec l'intéressé, un

---

<sup>24</sup> Miller, W.R., Rollnick, S. (1991) Motivationnel interviewing. Preparing people to change addictive behaviors. The Guilford Press – New York.

« programme d'action ». L'objectif poursuivi est de « *faire progresser le patient dans les stades de changement jusqu'à la résolution de ses problèmes* ». <sup>25</sup>

Les motivations positives pour fumer sont multiples. Fumer reste un plaisir oral, de gratification, de récompense, fumer peut être un moyen de se consoler, de se replier sur soi-même, incite à la rêverie, à l'évasion avec une sorte d'autoérotisme, une fuite dans l'imaginaire associé à la fumée, au brouillard, au flou. La cigarette peut aussi avoir le rôle de compagnie, un substitut de l'absent. Elle peut aussi être une occupation en donnant le sentiment d'être actif. La cigarette est parfois vue comme calmante, comme un moyen de lutter contre le stress. Fumer peut aussi renforcer le sentiment d'appartenance à un groupe et confère un statut, une personnalité. Ces motivations sont identifiées lors des consultations.

Les motivations négatives qui font obstacle à son usage sont identifiées et connues par le fumeur. Fumer nuit gravement à la santé, rend esclave, pollue l'atmosphère, représente un budget.

C'est en travaillant sur l'ensemble des motivations qu'il sera possible d'initier ou de renforcer le changement dans le comportement tabagique sachant que chaque situation est différente pour chaque patient, dépend des expériences antérieures et de l'auto appréciation de ses propres capacités à faire face.

Sans développer le concept des mécanismes de défense <sup>26</sup> mis en œuvre tels que l'entend la psychodynamique, il nous paraît cependant important de souligner que ces derniers sont importants à repérer car s'avèrent très utiles. Pour le fumeur, il s'agit en général de maintenir son angoisse à un niveau tolérable.

C'est en comptant sur l'expression des doutes, des angoisses, mais également de l'estime de soi que les comportements pourront évoluer dans la résolution du problème tabagique. Savoir comment faire face à la cigarette peut réduire les tensions internes. Les autres facteurs tels que l'environnement, le soutien de l'entourage joueront un rôle non négligeable dans l'arrêt du

---

<sup>25</sup> Aubin, H.J., Dupont, P., Lagrue, G., (2003) *Comment arrêter de fumer ?* Ed. Odile Jacob

<sup>26</sup> La défense est définie comme « *l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique* ».

tabac. Par exemple, la solitude constitue un facteur de risque, alors qu'un lien social stable est un facteur de protection.

En complément d'un travail sur la motivation dans la conduite du sevrage tabagique, une réflexion sur ce qui permet d'accompagner le patient dans sa démarche doit être poursuivie. Dans ce cadre, les thérapies comportementales et cognitives sont une aide pour la clinique et plus particulièrement lors des phases de préparation, de sevrage et de prévention de la rechute.

## **5. Les thérapies comportementales et cognitives et le tabac**

Les thérapies comportementales, issues de la théorie de l'apprentissage se sont développées à partir des travaux de Pavlov (1963) sur le conditionnement classique puis des travaux de Skinner (1971) sur le conditionnement opérant. La thérapie cognitive est basée sur la théorie du traitement de l'information et apporte la dimension psychologique indispensable pour mieux comprendre et traiter les patients. Les thérapies comportementales et cognitives ont aujourd'hui acquis une place de choix dans le traitement des addictions et donc dans le traitement du tabac. Selon le groupe de travail sur la dépendance nicotinique de l'American Psychiatry Association, les thérapies comportementales et cognitives multiplient en général par deux le taux d'abstinence tabagique six mois après l'arrêt, par rapport aux groupes contrôle<sup>27</sup> et sont reconnues d'efficacité de grade A par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

Elles intègrent dans leur démarche des connaissances scientifiques pluridisciplinaires sur le développement humain et le fonctionnement psychologique. Trois postulats sous-tendent la clinique de la thérapie comportementale et cognitive<sup>28</sup> : 1/ l'activité cognitive et émotionnelle influence le comportement. 2/ les cognitions, les émotions, les processus cognitifs peuvent être étudiés, observés et modifiés et, 3/ les changements comportementaux peuvent être affectés par des changements cognitifs et émotionnels (et réciproquement).

Elles visent à apprendre, à modifier le comportement et sont la base des stratégies qu'il est possible d'utiliser soi-même (faire face aux situations à risque, aux envies impérieuses de

---

<sup>27</sup> Aubin, H.J., (2000), « L'entretien motivationnel : Faire progresser le patient dans les stades de changement jusqu'à la solution de leurs problèmes », in *Le courrier des addictions*, 3 (3), 117-200.

<sup>28</sup> Dobson, K.S. & Dozois, D.J.A. (2001) A longitudinal investigation of information processing and cognitive organization in clinical depression: Stability of schematic interconnectedness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 914-925.

fumer, aux faux pas) pour tendre vers un changement durable dans l'objectif d'atteindre le but fixé. Cette approche aborde le renforcement de la motivation, l'accompagnement de l'arrêt et la prévention des rechutes.

La démarche consiste à évaluer le fumeur au regard de son comportement vis-à-vis du tabac. Quel est le nombre de cigarettes fumées quotidiennement ? Quel est le niveau de dépendance ? Quelles sont les motivations qui conduisent le sujet à entreprendre une démarche dans l'arrêt, ses croyances, ses capacités à, la confiance qu'il a de lui, son environnement social, les cigarettes qu'il juge automatiques, etc. ?

Afin d'analyser plus finement le comportement tabagique du sujet et lui permettre de se réapproprier le contrôle de son comportement, il lui est demandé un relevé d'auto-observation sur quelques jours. Concrètement, il s'agit de tenir à jour un carnet de bord mentionnant le nombre de cigarettes fumées, les circonstances (journées ordinaires ou journées particulières), le besoin (cigarettes automatiques, cigarettes plaisir), la situation (l'entourage, le lieu), ses émotions et ses cognitions (pensées).

Cet exercice participe à une prise de conscience des stimuli externes (i.e. les situations) ou internes (i.e. les émotions et les cognitions) qui conduisent à fumer.

L'objectif de la thérapie comportementale et cognitive est de permettre au sujet de reprendre le contrôle sur son comportement tabagique.

## **6. L'hypnose et le tabac**

Plusieurs études ont été menées afin d'évaluer l'efficacité de l'hypnose dans l'aide au sevrage tabagique. Globalement les résultats ne permettent pas d'affirmer ou d'infirmer l'efficacité de la pratique de l'hypnose. Selon l'HAS (2013)<sup>29</sup> « *il n'y avait 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* ». Beaucoup d'études pointent par ailleurs l'association de la pratique de l'hypnose avec d'autres apports (thérapies comportementales et cognitives, substituts nicotiques, conseils...) et il n'est dès lors pas possible d'évaluer l'apport stricto sensu de l'hypnose dans l'arrêt du tabac. Cependant, « *même si beaucoup d'articles publiés sur l'utilisation de l'hypnose dans l'arrêt du tabac sont anecdotiques, les recherches qui ont été*

---

<sup>29</sup> Haute Autorité de Santé (2013) Recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours », p. 220



menées permettent de commencer à évaluer l'utilité de l'hypnose dans l'arrêt du tabac »<sup>30</sup>. Et selon Benhaiem, « le recul est suffisant pour affirmer la réalité de l'arrêt du tabac par hypnose que ce soit pour des patients fortement dépendants à la nicotine que pour des sujets moyennement dépendants ».<sup>31</sup>

L'hypnose est « un mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet en relation avec un praticien expérimente un champ de conscience élargi ».<sup>32</sup> Ainsi, quand une personne entre en hypnose, elle est dans un état de conscience modifié, un « état de conscience élargi » pour reprendre les termes du Dr Brigitte Lutz<sup>33</sup>, qui permet un décentrage et qui peut l'amener à changer ses perceptions aussi bien sensorielles, qu'émotionnelles que corporelles.

Et quand on parle d'hypnose, on parle d'accompagnement « c'est une interaction, une rencontre où le sujet joue un rôle principal, cherchant en lui-même de nouveaux modèles mentaux, de nouvelles réponses »<sup>34</sup>. Et, « le patient est amené à modifier son expérience subjective, à altérer ses perceptions, sensations, émotions, pensées ainsi que son comportement »<sup>35</sup>.

Dans l'ouvrage Qu'est-ce que l'hypnose ?, François Roustang s'interroge sur la visée et le but de l'hypnothérapie : « On peut le dire d'un mot : répondre à la demande de la personne que nous recevons pour lui permettre de modifier le rapport à son monde »<sup>36</sup>. Ce qui suppose pour l'auteur « de prendre en compte la singularité de la personne, et de tenir compte de limites de l'environnement proche et lointain où elle se meut »<sup>37</sup>.

Pour Erickson, « le but de l'hypnose est de communiquer des idées et leur compréhension à la personne et l'amener à utiliser les compétences qui existent en elle à la fois au niveau psychologique et physiologique »<sup>38</sup>. Et, l'inconscient est le réservoir de ressources et d'apprentissage qui dispose de savoirs faire et d'intelligence que nous ne savons pas assez utiliser.

---

<sup>30</sup> Hammond Corydon, D., (2004), *Métaphores et suggestions hypnotiques*, American Society of Clinical Hypnosis, Ecole de Médecine de l'Université de l'Utah. Edition Satas, collection Le Germe

<sup>31</sup> Site : [www.hypnose-medicale.com/hypnose-arret-tabac](http://www.hypnose-medicale.com/hypnose-arret-tabac)

<sup>32</sup> Bioy A., Célestin-Lhopiteau I., Wood C., (2010), *L'Aide-mémoire d'Hypnose*, Paris, Dunod, p. 7.

<sup>33</sup> Lutz, B., Intervention au cours de Diplôme Universitaire d'hypnothérapie, année 2013/2014

<sup>34</sup> Bioy, A., Intervention au cours de Diplôme Universitaire d'hypnothérapie, année 2013/2014

<sup>35</sup> Bioy A., Célestin-Lhopiteau I., Wood C., (2010), *L'Aide-mémoire d'Hypnose*, Paris, Dunod.

<sup>36</sup> Roustang, F., (1994), *Qu'est-ce que l'hypnose ?*, Paris, Les Editions de Minuit, p. 179.

<sup>37</sup> *Ibid*

<sup>38</sup> Erickson, M.H., (2010), *L'hypnose thérapeutique : Quatre conférences*. Ed. ESF, 5<sup>ème</sup> édition, p. 29

Pour revenir au tabac, « *la pratique de l'hypnose est plus élaborée que la simple délivrance de médicaments. Elle implique une participation active du thérapeute qui adapte son traitement (suggestions, métaphores, aversion) en fonction du discours et de la personnalité de chaque patient* »<sup>39</sup>.

Le tabac reste la cause de décès la plus facilement évitable et est une priorité de santé publique, car il tue plus de 5 millions de personnes par an dans le monde et risque de causer la mort de 8 millions de personnes par an d'ici 2030 si les tendances actuelles se poursuivent.

L'utilisation de l'hypnose dans le traitement du tabagisme est « *en demande croissante et peut être séduisante, car pour certains fumeurs, une séance suffit pour arrêter de fumer* »<sup>40</sup>. Cependant, « *il est démontré que la séance unique ne convient pas pour tous.* »<sup>41</sup> A. Bioy (2007) souligne que « *les demandes de prise en charge par l'hypnose pour sevrage tabagique sont importantes, même si son efficacité n'est pas scientifiquement reconnue* »<sup>42</sup>. Et pour Quelet (2003), « *un sevrage non accompagné d'un soutien psychologique et éventuellement médicamenteux, est comparable à la suppression inconsiderée de béquilles sans rééducation.* »<sup>43</sup>

Nous rejoignons Erickson sur la prise en charge du patient où « *l'important n'est pas de faire valoir une thérapie aux dépens d'une autre, mais de proposer à chaque fumeur ce qui peut l'aider à guérir* »<sup>44</sup> et nous pouvons ajouter, de prendre en compte ce qu'il souhaite mettre en œuvre pour y parvenir.

Si « *l'hypnose n'est pas une méthode plus adaptée ou plus efficace qu'une autre en ce qui concerne l'arrêt du tabac* »<sup>45</sup> en quoi permet-elle d'ouvrir un autre champ des possibles qu'une autre approche ne saurait faire, bien « *qu'elle ne saurait être une proposition unique, qui priverait le praticien d'user d'autres approches...* »<sup>46</sup>.

---

<sup>39</sup> Benhaiem, J.M., (2005). *Oubliez le tabac ! La méthode révolutionnaire pour arrêter de fumer*. Paris : Albin Michel

<sup>40</sup> Quelet, J., Perrot, O., (2003) *Hypnose, techniques et applications thérapeutiques*, Ellébore Editions, p.174

<sup>41</sup> Benhaiem, J.M., (2005). *Oubliez le tabac ! La méthode révolutionnaire pour arrêter de fumer*. Paris : Albin Michel, p. 239

<sup>42</sup> Bioy, A., (2007). *Découvrir l'hypnose*. Paris : InterEditions, Dunod, p.59

<sup>43</sup> *Ibid*

<sup>44</sup> Benhaiem, J.M., (2005). *Oubliez le tabac ! La méthode révolutionnaire pour arrêter de fumer*. Paris : Albin Michel, p. 176

<sup>45</sup> Bioy A., Célestin-Lhopiteau I., Wood C., (2010), *L'Aide-mémoire d'Hypnose*, Paris, Dunod, p. 233

<sup>46</sup> *Ibid* p. 234

Au cours de la présentation de ce travail, nous souhaitons étudier comment l'hypnose peut :

- influencer et transformer la manière d'être et de faire dans la pratique clinique,
- faire sortir le thérapeute d'une certaine impasse en changeant son positionnement (i.e. quand le patient continue à fumer, malgré un travail sur les motivations, malgré une prescription de Substituts Nicotiniques, etc.).

Il s'agit en l'occurrence du « pas de côté », celui du praticien et également celui du patient, en ce sens où la pratique de l'hypnose rappelle au praticien que le patient est son propre thérapeute.

Nous présentons dans les pages qui suivent, notre cas clinique, le cadre de l'étude et les outils utilisés. Nous verrons que, malgré une littérature abondante sur la prise en charge du patient tabagique, le réel nous renvoie au sujet dans sa singularité, au « *fumer au singulier* »<sup>47</sup> avec sa façon de faire, à son adhésion et au rapport qu'il entretient avec lui-même. En effet, il n'y a pas de personnalité tabagique identifiée ce qui signifie que la prise en charge est donc unique.

## METHODOLOGIE

### 1. Cadre de l'étude

Notre pratique s'exerce uniquement en cabinet libéral auprès de patients habitant en Ile de France, adressés par des professionnels de santé ou venant en consultation par démarche personnelle.

Monsieur H a pris rendez-vous après avoir discuté avec l'ami d'un ami qui s'est arrêté de fumer il y a déjà quelques mois « *avec l'hypnose* ». Il nous précise « *c'est lors d'une soirée entre amis que nous avons engagé la conversation sur le tabac, et puis ça me trottait dans la tête depuis quelques temps... alors j'ai décidé de prendre rendez-vous, car je me suis dit que je suis en train de me tuer à petit feu en continuant à fumer* ». C'est ainsi qu'il a pris rendez-vous.

---

<sup>47</sup> Lesourne, O. *Le grand fumeur et sa passion*, PUF, Paris 1984, p.64

La question du nombre de séances ne s'est pas posée pour le patient. Il s'agit pour lui d'arrêter de fumer. Le nombre de séances sera ainsi « aussi long que nécessaire et aussi court que possible »<sup>48</sup> pour atteindre l'objectif fixé. Quant à la durée de la consultation, elle est d'une heure environ (entretien en face à face et séance d'hypnose).

### 1.1. Éléments recueillis lors des deux entretiens

Monsieur H est âgé de 55 ans, est divorcé et a deux grands enfants de sa première union, une fille et un garçon qui fument tous les deux. Son ex-épouse fume, a eu un cancer du sein, il y a quelques années. Monsieur H s'inquiète pour ses enfants « *Ils fument beaucoup, beaucoup, et depuis très longtemps, ils ont commencé ils étaient jeunes, nous avons donné le mauvais exemple et leur mère fume... Je le vois quand nous avons l'occasion de nous réunir, et ils commencent dès le matin, c'est la cigarette et le café, ça va de pair* ».

Monsieur H est remarié, son épouse ne fume pas. Le couple a un enfant âgé de 7 ans. Monsieur H ne fume plus devant les jeunes enfants.

Monsieur H est ingénieur, contrôleur de gestion dans la Fonction Publique et anime des sessions de formation pour des préparations à concours publics.

Il fume « *depuis longtemps* » et a pris sa première cigarette à l'âge de 16 ans. Il s'en souvient, c'était « une Royale », piquée à sa mère. Il l'a fumé sous la toile de tente qu'il avait fabriquée avec son frère cadet, sous un noisetier, dans le jardin de la maison de campagne. Le goût était désagréable, « *un goût qui ne donne pas envie de continuer* ».

La mère de Monsieur H, était une fumeuse occasionnelle, elle fumait uniquement en présence d'amis. Aujourd'hui, elle ne fume plus. Elle a vécu dans une famille de « *gros fumeurs* ». Le père de Monsieur H s'est arrêté de fumer alors que Monsieur H était très jeune, ayant eu la crainte d'avoir un problème à la gorge et de décéder d'un cancer comme l'un de ses oncles. Il ne s'est jamais exprimé sur les risques et dangers du tabac. Le frère de Monsieur H ne fume pas et n'a jamais fumé.

Monsieur H se met à fumer progressivement puis quotidiennement. Il rentre dans l'armée à l'âge de 23 ans, et à l'époque, on distribue des cigarettes, « *je me souviens, les paquets étaient bleus. A l'époque, je fume quotidiennement, je fais 1 an d'armée...* ». Au début, il fumait des

---

<sup>48</sup> Bioy, A. (2007), *Découvrir l'hypnose*, InterEditions, Dunod, Paris, p.71

cigarettes manufacturées (en paquet) et vers l'âge de 25 ans, il est passé au tabac à rouler pour une question de goût et d'odeur, car il n'apprécie pas l'odeur des cigarettes manufacturées.

Il a toujours pratiqué le sport (marche sportive, natation et vélo) et n'a jamais éprouvé de gêne respiratoire par rapport à sa consommation de tabac.

Monsieur H fume en moyenne 10 cigarettes roulées, ce qui équivaut à peu près en termes de toxicité à 20 cigarettes manufacturées. Il fume sa première cigarette en général après le repas du midi « *c'est plus après le déjeuner, c'est la détente, je ne l'associe pas au café. Mais c'est toujours un moment de détente, un moment de tranquillité* ». La dernière cigarette est fumée vers 22h30, 23h00 avant le coucher. Il apprécie fumer une cigarette sur sa terrasse, au calme, tranquille.

Sa motivation pour l'arrêt du tabac est évaluée sur une échelle analogique à 9/10. Sa motivation principale pour l'arrêt du tabac est « *de préserver sa santé* » et d'être une figure d'exemple pour ses deux grands enfants « *je pense que c'est cette histoire d'exemple et je reste convaincu que mes enfants ont fumé parce que nous avons fumé et à l'époque on faisait moins attention qu'aujourd'hui, on fumait dans la maison* ». Il évoque également le fait de ne plus récupérer de la même manière, de se sentir fatigué le matin au réveil. Il dit ne pas avoir de crainte pour l'arrêt et souhaite arrêter définitivement le tabac. La confiance qu'il a en lui pour arrêter de fumer est évaluée à 8/10 et l'importance qu'il accorde à l'arrêt est à 9/10 (cf. annexe 1). Son moral est de 8/10.

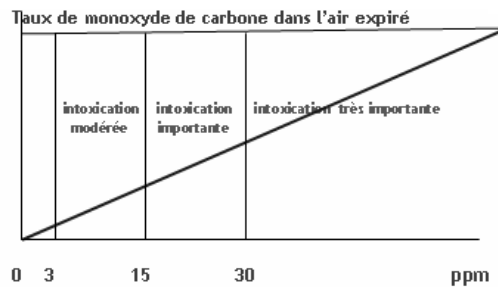
Nous n'avons pas utilisé le test du HAD (annexe 2) car Monsieur H ne présente pas d'anxiété et pas de syndrome dépressif.

Au test du FTND (Fagerström test for nicotine dépendance), qui évalue ce qu'on appelle communément la dépendance nicotinique (cf. annexe 3), Monsieur H est à 3/10, ce qui correspond à une faible dépendance. Ce résultat n'est pas étonnant compte tenu du délai entre le réveil et la première cigarette. Plus ce délai est court, plus la dépendance dite nicotinique est importante.

Le test du CO (cf. annexe 4) indique un taux de 21 ppm, ce qui correspond effectivement à un tabagisme de 20 cigarettes environ par jour. Afin de lui montrer où il en est dans son tabagisme, nous lui présentons la courbe d'intoxication au monoxyde de carbone. Son

intoxication reste importante et son exposition au tabagisme est supérieure à 30 ans. Nous lui indiquons que le fumeur d'un paquet par jour inhale environ 250 ml de goudrons par an, soit l'équivalent de deux pots de yaourt. Il est surpris de cette information.

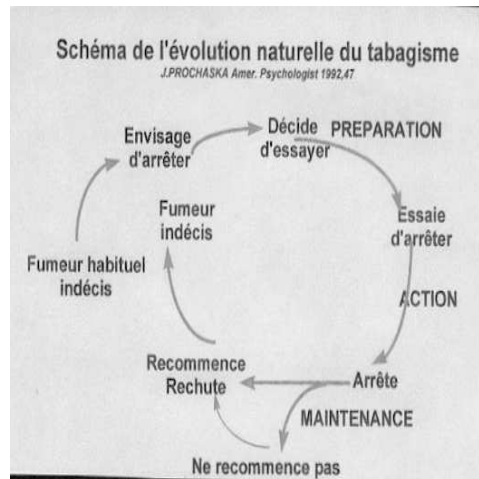
### Courbe d'intoxication au monoxyde de carbone dans l'air expiré



Par le passé, Monsieur H a fait quelques tentatives à l'arrêt sur des périodes de 3 à 4 mois et dit avoir recommencé pour le plaisir « *j'ai repris pour le plaisir* ». Sa plus grande période d'arrêt est de 3 ans, période où Monsieur H a eu des soucis de santé, qu'il ne souhaitait pas aggraver. Puis il a repris le tabac. Ces périodes d'interruption étaient vécues sur un mode positif, « *je voyais le mieux avec la contrainte en moins* ».

Il se souvient de la dernière fois où il s'est arrêté de fumer (sur une période de 3 mois), en 2011 : « *je me suis arrêté 3 mois c'est quand même un effort à fournir, j'étais nerveux, irritable. Quand je m'abstiens de fumer, j'ai plus de mal à trouver le sommeil et cela dure au moins une semaine. C'est un effort !* ».

A l'aide du schéma de l'évolution naturelle du tabagisme, nous expliquons qu'un fumeur passe par différentes étapes. Nous soulignons qu'il a été possible pour lui d'arrêter de fumer, qu'il a connu une vie sans tabac, avant sa toute première cigarette, avant ses 16 ans, puis lors de ses arrêts sur des périodes de plusieurs semaines. Nous lui expliquons qu'il faut considérer ces reprises comme des étapes dans la démarche à l'arrêt avec un succès différé et prenons pour exemple l'apprentissage pour apprendre à marcher, l'enfant essaie, il tombe, il essaie à nouveau, il progresse et un jour, il marche. Nous ne prenons pas l'exemple de l'envol de l'oiseau qui essaie, qui retombe, qui essaie à nouveau et qui avance quand même jusqu'à l'envol...



En regardant cette diapositive, en écoutant les propos, Monsieur H semble ailleurs, il réfléchit, et il évoque les propos suivants « *je me dis qu'en fin de compte, je vivais sans tabac. Je regarde les enfants, ils font sans (tabac). Je peux peut-être revenir à cet état-là* ». Monsieur H fait un lien entre ce que nous lui disons et ce que ça évoque pour lui, est-ce le chemin de résolution à prendre ? L'image de l'enfance résonne en lui.

## 1.2. Première séance d'hypnose

La première séance d'hypnose va se dérouler dès la première consultation. Monsieur H n'a jamais fait de séance d'hypnose et nous lui indiquons que l'hypnose aide à la réalisation des idées que l'on a en tête. Pour lui, c'est l'arrêt définitif du tabac. Nous utilisons la métaphore du train pour lui expliquer en quoi l'état de conscience modifié peut être convoqué (Bioy et all. 2010).<sup>49</sup>

Assis dans le fauteuil, il nous semble plus opportun d'induire l'état de conscience modifié par une exploration du monde qui l'entoure, compte tenu de sa posture, de ce qu'il dégage, ce qu'il renvoie comme expressions et de son métier (ingénieur, contrôleur de gestion). Nous stimulons, longuement, tous les canaux sensoriels<sup>50</sup> du VAKOG.<sup>51</sup>

Après avoir évoqué les différents canaux sensoriels - les sons qu'il entend, les couleurs qu'il perçoit, les odeurs qu'il sent - ... nous l'invitons à fermer les yeux, ce qu'il fait... Dans cet

<sup>49</sup> Bioy, A., Wood, C., Celestin-Lhopiteau, I., (2010). *L'aide-mémoire d'Hypnose*. Paris : Dunod

<sup>50</sup> Echelle dite VAKOG du diagnostic sensoriel (V=visuel, A = auditif, K = kinesthésique, O = olfactif, G = gustatif). Il est important que chaque hypnothérapeute connaisse la ou les voie(s) sensorielle(s) privilégiée(s) du patient qu'il accompagne puisque les différentes techniques d'induction utilisent les voies sensibles d'un ou plusieurs canaux sensoriels.

<sup>51</sup> Salem, G., Boivin, E., (2007). *Soigner par l'hypnose*. Paris : Masson, p.105

état de conscience élargi, nous lui proposons d'aller faire un petit retour sur son passé, et d'aller se revoir quand il était « même », pour reprendre son expression lors de notre entretien en face en face. Nous lui suggérons un souvenir agréable, pour revisiter un moment de son enfance. Nous travaillons avec le signaling<sup>52</sup> qui nous permet de savoir ce qui se passe, au niveau inconscient.

Le patient retrouve un souvenir agréable, il nous l'indique en soulevant l'index gauche. Nous l'invitons à verbaliser.

Le patient : Ça remonte

Nous : C'est bien, quand ça remonte ?

Le patient : Oui, je dois avoir l'âge de mon fils environ, j'ai 7 ans.

Nous : Vous avez 7 ans ? Et que faites-vous ?

Le patient : Je me retrouve chez mes grands-parents, ils habitent dans un village, tout près d'un bourg, il y a plusieurs maisons en pierre et je joue, et en fait il y a une rivière qui passe au bout du chemin, un chemin qui descend... l'eau est très claire...

Nous : très bien

Le patient : Et je me trouve ici, à m'amuser en fin de compte, avec mon frère cadet et mon cousin..., je vois l'eau de la rivière qui m'attire...

Nous nous inspirons de ce qu'apporte le patient et nous suggérons au patient d'imaginer qu'il joue au bord de la rivière comme la plupart des gamins qui aiment jouer avec l'eau, qui mettent les pieds dans l'eau et qui s'éclaboussent... une eau d'une grande clarté (comme il le précise), d'une limpidité... nous attirons son attention, avec son regard qui porte à un endroit particulier, où des feuilles se sont amassées, des feuilles qui ont l'aspect, la couleur, des feuilles de tabac, d'une teinte grisâtre, un peu comme si on avait pulvérisé des produits chimiques dessus... des larges feuilles, à moitié dévorées par les insectes et détrempées... qui amputent le passage de cette eau limpide, claire, ... et puis nous faisons remarquer comment l'eau contourne l'obstacle, ce qui se passe avec cette rivière, et qu'il est tout à fait possible, de favoriser la circulation de l'eau... et qu'il peut imaginer prendre une branche d'arbre, ou quelque chose d'autre à portée de mains, pour redonner la possibilité à cette eau de circuler en toute liberté, de façon limpide... pour aller de l'avant, en toute liberté...pour reprendre le cours, le cours de l'eau... Bien débarrassé de ces feuilles, après les avoir éliminées,

---

<sup>52</sup> *Ibid*, p.141



définitivement, nous proposons de profiter de la rivière... et de tous ces instants, et de retrouver toutes les images agréables de cette enfance, et d'ajouter à ces images d'autres images, des images positives, pour tous les projets à venir, ... pour faire sa boîte à ressources... et d'apprécier ce moment, ou tout autre moment où il fait bon profiter de la nature, et de se retrouver comme « cet enfant libre et qui fait sans... ». <sup>53</sup>

L'utilisation de la métaphore peut permettre au patient d'associer certaines idées. L'usage de la métaphore est sa visée thérapeutique dans le sens où « *elle a pour objectif de provoquer un changement* ». <sup>54</sup> Nous ignorons comment les choses vont et peuvent s'ajuster. Cependant, nous nous sommes servis du matériel qui nous a été donné par le patient « ici et maintenant » pour faire revivre avec l'hypnose un autre mode fonctionnement psychique. Nous espérons qu'un contournement des résistances puisse se mettre en place, comme l'eau a pu contourner l'amas de feuilles et prendre une nouvelle voie, une autre voie.

Monsieur H veut cesser de fumer, et nous nous sommes appuyés à sa demande sur un passé porteur d'éléments positifs, son enfance, à un âge symbolique, celui de son propre enfant aujourd'hui.

### **1.3. Deuxième séance d'hypnose avec vidéo**

Lors de notre seconde rencontre, 15 jours après la première, Monsieur H a diminué de moitié sa consommation de tabac, en passant de 10 cigarettes à 5 en moyenne par jour. Il dit « *je m'interroge plus quand je consomme et en plus, vous m'avez dit qu'une cigarette roulée, ça équivaut à 2, je me suis dit, ça fait quand même pas mal. Et puis, je suis plus conscient de l'acte, alors qu'avant c'était moins réfléchi...toutes ces choses dont on a parlé, l'intervalle d'inhalation, tout cela j'y pense quand je consomme...* ».

Nous proposons à Monsieur H de souffler dans le CO testeur pour apprécier sa réduction de consommation de tabac. Le taux de CO est de 10 ppm (contre 21 ppm). Monsieur H est passé

---

<sup>53</sup> Séance inspirée lors des supervisions du Dr Brigitte Lutz (2013/2014) et de la « métaphore d'aversion pour le tabac » de Marvin Stock, M.D. Toronto, Ontario, Canada dans *Métaphores et suggestions hypnotiques* de l'American Society of Clinical Hypnosis sous la direction de D. Corydon Hammond, Edition Satas, collection Le Germe (2004)

<sup>54</sup> Bioy, A., (2007). *Découvrir l'hypnose*. Paris : InterEditions, Dunod, p.106

d'une intoxication importante à une intoxication modérée et n'a pas changé sa façon de fumer en tirant davantage sur ses cigarettes.

Monsieur H a changé de comportement tabagique. Il diffère la prise de sa première cigarette et espace le temps entre deux cigarettes. Cependant, il maintient sa consommation du soir et s'interroge quand il allume une cigarette, il se demande pourquoi il l'allume. Il pense « *toujours attacher la cigarette à la détente* », mais dit ne pas trouver de plaisir et d'une certaine manière se culpabilise. « *Pour moi, c'est toujours attaché à cette détente, mais sauf qu'en fin de compte, le plaisir je ne le trouve pas forcément, il y a une forme de culpabilité derrière en fin de compte, et je pense aux problèmes de santé aussi, ...* ».

Quant au goût, sa perception est différente « *le goût est moins agréable que je ne le pensais et je le ressens de plus en plus, il ne correspond plus à mes attentes...La cigarette avait plus mauvais goût, je n'arrivais pas à la finir et l'odeur que je ressentais c'était celui de la cigarette classique. Je jetais la cigarette, et me disais ce n'est pas bon !* ».

Pour mémoire, Monsieur H est passé à l'âge de 25 ans des cigarettes manufacturées aux cigarettes roulées pour le goût de ces dernières.

Puis Monsieur H se demande s'il est capable d'arrêter de fumer « *je repousse la cigarette, il y a cette histoire de goût, il y a cette histoire où je n'en ai pas besoin, c'est un tout en fin de compte, il y a plusieurs éléments et peut-être aussi de me dire, est-ce que je suis capable de, il y a ce côté challenge. Ce n'est même pas être capable, est-ce que c'est possible ? Est-ce que c'est possible de se débarrasser de ça, parce que c'est une contrainte et cette contrainte, elle m'indispose vraiment. Je n'aime pas les contraintes naturellement et là c'en est une...* ».

Il revient sur la détente « *Je me dis qu'il faut que je trouve autre chose et trouver simplement le simple fait de ne rien faire quoi, en fin de compte, respirer l'air pur quoi !, c'est un bel apprentissage et je pense que pour l'apprentissage soit complet ça ne devrait pas trop poser de difficultés quoi de s'en séparer* ».

Nous l'invitons à respirer et nous l'accompagnons, comme s'il fumait une cigarette (il inspire et il expire) et nous lui demandons ce que cela procure « *et bien cela fait du bien* ». Nous proposons de faire un contrôle sur sa respiration, qui a pour objectif d'éliminer rapidement les signes qui peuvent déclencher et renforcer la prise d'une cigarette et d'induire un état de détente par un ancrage rapide.

Nous pratiquons l'exercice sur la prise de conscience de la respiration puis sur la respiration abdominale, en position assise sur le fauteuil, une main sur la poitrine, l'autre sur le ventre.

Nous proposons à Monsieur H d'essayer de faire cet exercice à la maison au moins une fois par jour, et lui demandons s'il est possible, quand il a envie de fumer, de repenser à la rivière, à cette eau claire, aux jeux d'enfants.

Après cet exercice, nous lui proposons une séance d'hypnose que nous filmons.

Encore une fois, nous utilisons la parole du patient pour construire dans cet espace qu'est l'hypnose, notre séance. Et pour emprunter le chemin de la résolution nous tisserons des liens avec les mots énoncés par Monsieur H « ne rien faire, l'air pur, le bel apprentissage, les craintes, l'énergie, les possibles, etc. »<sup>55</sup>. La séance n'ayant pas été construite avant l'entretien, nous avons analysé nos propos *a posteriori*.<sup>56</sup>

## RESULTATS ET DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

Dans cette étude, nous souhaitons étudier comment l'hypnose peut :

- influencer et transformer la manière d'être et de faire dans la pratique clinique,
- faire sortir le thérapeute d'une certaine impasse en changeant son positionnement (i.e. quand le patient continue à fumer, malgré un travail sur les motivations, malgré une prescription de SN, etc.).

Lors de notre première rencontre avec Monsieur H, notre objectif était de connaître l'histoire du patient et de son tabagisme afin de comprendre ce qui se cache derrière l'écran de fumée, d'évaluer sa motivation à l'arrêt (9/10), de travailler sur ce qu'il va gagner en arrêtant de fumer « *préserver sa santé, être figure d'exemple pour ses enfants* ». Les échanges se sont nourris des apports du patient et se sont construits au fil des questions qui se sont posées.

Compte tenu du tabagisme du patient, de sa durée d'exposition, des signes de manque relatés lors de sa dernière tentative à l'arrêt, le traitement proposé serait de mettre un patch à la nicotine de 21mg/24 heures, tous les jours sur une durée d'un mois, pour combler le manque de nicotine lors du sevrage, puis au fil du temps de diminuer la dose de nicotine. Cependant la

---

<sup>55</sup> Exercice que nous empruntons à Gaston Brosseau, hypnothérapeute à Montréal, et qui fait partie d'un recueil d'articles publiés dans J.M. Benhaiem, L'hypnose aujourd'hui, Paris, In press, 2005, p.121-124.

<sup>56</sup> Re transcription de la séance en annexe.

demande du patient n'est pas une prescription de substituts nicotiniques, il souhaite arrêter de fumer à l'aide de l'hypnose. Monsieur H n'a jamais pratiqué l'hypnose et croit tout simplement à « *cette technique* ».

Notre questionnaire va donc se focaliser sur l'analyse de cette séance, qui s'éloigne d'une prise en charge d'une consultation de tabacologie « ordinaire » où l'entretien est très souvent guidé par le dossier de tabacologie, que le patient remplit avant de venir en consultation ou dans la salle d'attente (utilisation recommandée par la circulaire du 3 avril 2000). La prise en charge en consultation de tabacologie repose principalement sur une évaluation clinique (motivations, bénéfices, craintes à l'arrêt du tabac, dépendance à la nicotine, dépendance associée, maladies et traitements, bilan tabagique – durée du tabagisme, nombre de cigarette, âge de la première cigarette - habitude de vie...) et d'une prescription de substituts nicotiniques s'il y a dépendance physique à la substance, en accord avec le patient.

## 1. Le travail de l'hypnose, un changement qui s'opère par la séance

Monsieur H souhaite remplacer la « cigarette détente » par un « **ne rien faire** » pour respirer « **l'air pur.** » Il souhaite faire ce « **bel apprentissage** » et n'aime pas « **les contraintes** ». Nous nous lançons donc dans ce travail hypnotique et nous pensons à l'exercice de G. Brosseau pour cette séance et nous nous inspirons également de ce qui nous a été enseigné pendant cette année de formation.

L'objectif de cette séance est d'apprendre au patient à **ne rien faire**, tout en se débarrassant de la cigarette. Le « **ne rien faire** » a le mérite de libérer le client de toute contrainte, éliminant ainsi sa crainte d'être incapable de parvenir à atteindre son objectif personnel visé<sup>57</sup>. Tout au long de la séance, nous avons tenté d'apporter des suggestions hypnotiques, dans cette induction paradoxale, qui est plus qu'une induction paradoxale, car elle est le socle même du changement<sup>58</sup>.

Nous présentons dans ce qui suit, des extraits tirés de notre séance, en encadré, suivis de nos

---

<sup>57</sup> Brosseau, G., (2005) Ne rien faire : l'induction paradoxale, dans J.M. Benhaiem, L'hypnose aujourd'hui, Paris, In press, p. 122

<sup>58</sup> *Ibid* p. 122

commentaires et analyse clinique.

### 1. Parler de l'hypnose :

Avant de commencer la séance et de la filmer, nous avons dit à Monsieur H, que « *l'hypnose, c'est la réalisation des idées que l'on a en tête* ».

### 2. Proposition d'un siège confortable :

Le patient s'installe dans le fauteuil et nous procédons à une séquence d'approbation (**yes set**) qui a pour objet de recadrer ce qui a été précédemment dit, en mettant en valeur l'implication du patient dans le projet thérapeutique. Ce recadrage permet aussi pour notre part de laisser venir notre inspiration. A cet instant précis, nous nous efforçons de faire confiance dans nos ressources peut-être insoupçonnées, dans nos connaissances, dans notre pratique clinique, pour cet exercice.

### 3. Un nouvel apprentissage pour se détendre, ouvrir le champ des possibles, et récupérer :

Cette expérience, qui..., une expérience agréable, un nouvel apprentissage, dans les possibles, dans le champ des possibles que vous ouvrez à vous où rien n'est impossible.

Monsieur H lors de notre entretien clinique s'est posé la question sur sa capacité à arrêter de fumer et a reformulé en disant « est-ce possible » ? Concernant **le nouvel apprentissage** (expression de Monsieur H), il ne réclame aucun effort particulier puisque l'exercice consiste à mettre en évidence un non-effort qui pourra permettre à Monsieur H. d'économiser de l'énergie, de récupérer (Monsieur H a souligné le fait de ne plus récupérer de la même manière, de se sentir fatigué le matin au réveil). Nous lui avons alors expliqué que la fatigue était liée en partie au monoxyde de carbone (ou CO) qui est un gaz présent dans la fumée de cigarette au même titre que les autres substances connues. Comparé à l'oxygène, son affinité avec l'hémoglobine est bien plus puissante, de l'ordre de 200 fois supérieure, et perturbe gravement les échanges gazeux en les rendant responsable de l'hypoxie chronique du fumeur, de thromboses et en majorant ainsi les risques cardio-vasculaires et pulmonaires (hypoxie tissulaire, perturbations biologiques, etc.).

Nous rejoignons le Professeur Mollimard qui propose l'accompagnement de l'arrêt du tabac comme un apprentissage. Nous pensons que cet apprentissage comporte une dimension psychothérapeutique et que c'est une démarche nécessaire pour rompre avec la cigarette.

#### 4. Une attention sur la respiration et sur le corps :

Et vous allez tout en ne faisant rien, prendre conscience des points d'appuis, de votre corps, sur ce fauteuil. Prendre conscience de votre tête, sur le dossier de ce fauteuil, de votre dos, de vos épaules. Et vous allez vous concentrer sur votre respiration. Et d'ailleurs, à chaque inspiration, vous allez vous inspirer de ce que vous souhaitez. Et vous pouvez même vous inspirer que, quand vous inspirez vous vous détendez. Et qu'à chaque expiration vous allez expirer, que vous expirez ce que vous ne voulez plus, vous savez un peu comme l'organisme expire à chaque expiration ce qu'il ne veut plus. C'est à dire que quand vous inspirez, et bien, vous inspirez de l'oxygène, vous inspirez des gaz rares, vous inspirez de l'azote, et votre organisme a besoin de cette nourriture. Et quand vous expirez, et bien votre organisme, en plus d'expirer de l'oxygène, des gaz rares, de l'azote, et bien il expire aussi du gaz carbonique. Et dans cette situation, tout simplement, vous inspirez et vous expirez à votre rythme. Et vous vous concentrez bien sur cette respiration, d'ailleurs vous n'avez plus besoin de m'écouter. Et vous continuez à prendre conscience des points d'appuis de votre corps, sur ce fauteuil. Vous pouvez même vous relâcher et décroiser les doigts si vous le souhaitez, changer de position, vous rééquilibrer. Et vous prenez conscience de tous les points d'appuis, de vos cuisses sur l'assise de ce fauteuil, et de vos pieds, sur le sol.

Il s'agit de faire prendre conscience au corps qu'il peut se rééquilibrer, qu'il peut changer de position, qu'il peut bouger tout en respirant l'air pur. Ce moment dans la séance peut permettre de faire un parallèle avec la situation du fumeur qui est inconfortable, qui est « contraint ». Parler du contenu de l'air inspiré et expiré est une façon de faire prendre conscience, inconsciemment peut-être, que le corps sait finalement ce qu'il veut sans que ce soit ramené à la conscience. Il sait faire le tri entre ce qui est bon pour lui et ce qui ne l'est pas.

Je vous invite à respirer, et de ne respirer que l'air ambiant, que cet air ambiant vient tout naturellement, au niveau de vos narines et au niveau de votre bouche, et que même vous pouvez ressentir une certaine fraîcheur au niveau de vos narines, et que quand vous expirez vous pouvez ressentir une certaine chaleur, très bien, parfait.

Nous proposons à Monsieur H de centrer son attention au moment de ses profondes respirations sur ses narines jusqu'à ressentir, au moins à cet endroit, de la fraîcheur au

moment de l'inspiration et de la chaleur au moment de l'expiration. Cette technique favorise un « recentrage » des émotions très opérant la plupart du temps.<sup>59</sup>

### **5. La gestion du manque :**

Et si vous ressentez quelque chose, un inconfort, et bien tout simplement vous ne faites rien. Et si vous ressentez un manque, quelque chose de désagréable, et bien vous ne faites rien. Vous faites juste, aucun effort pour vous détendre, et vous ne dépensez aucune énergie.

Nous n'avons pas eu le temps dans cette séance de faire un travail sur le manque, la peur du manque, et d'explorer les pensées, le ressenti, les émotions face à l'absence de cigarettes... nous avons donc choisi d'inclure le manque dans ce « ne rien faire » avec l'idée que si le manque se présente, « ne rien faire » c'est-à-dire de se détendre...et continuer à respirer.

### **6. Un détour par la rivière (premier travail hypnotique) et perception des odeurs**

Et ces odeurs, elles peuvent vous rappeler, un bon souvenir, un souvenir agréable, des odeurs agréables, ..., comme quand on respire l'air en pleine nature, par exemple au bord d'une rivière, ou ailleurs. Et vous vous rendez compte que c'est important, de ressentir, qu'il est agréable de ressentir des bonnes odeurs. Et que toutes les odeurs désagréables, vous les fuyez, malgré le fait de ne rien faire. Et tout simplement vous prenez conscience, de tout ce qui vous entoure.

Nous avons fait un détour sur ce que nous a dit le patient lors de notre première rencontre et nous utilisons le souvenir agréable de la rivière (avec son lot de signifiants) où nous avons remis dans le courant ce qui s'est accumulé au fil du temps pour se débarrasser du tabac, en y associant les bonnes odeurs (la cigarette n'a pas une bonne odeur). Tout comme la rivière, le patient peut trouver une autre route, un autre chemin. Une image qui permet de prendre sens.

### **7. Un lâcher prise, le « oui à la vie » :**

« Et comme à chacune de vos respirations, vous pouvez vous souvenir que vous respirez depuis que vous êtes né. Que depuis que vous êtes né, vous dites tout simplement « oui à cette vie », // et que tout simplement, vous pouvez lâcher, ce dont vous êtes convaincu que vous

---

<sup>59</sup> Bioy, A., (2007). *Découvrir l'hypnose*. Paris : InterEditions, Dunod, p. 48

n'avez plus besoin, comme un enfant peu abandonner sa tétine, à un moment donné, parce qu'il n'en a plus besoin, tout simplement. Qu'on est capable d'abandonner certaines choses qui sont inutiles pour soi, parce qu'on a des projets, et que ces choses inutiles n'ont plus besoin d'être. »

Monsieur H a évoqué le cancer du sein de son ex-femme, son inquiétude pour la santé de ses enfants et son besoin de se détendre qui sous-entend une tension interne chez lui, tension apaisée par la cigarette. Une tension interne comme celle du nourrisson qui quand il a faim, est apaisée par le plaisir de l'allaitement, ou qui quand il est angoissé, stressé, est apaisée par le plaisir de la succion (tétine). L'utilisation de la bouche pour fumer, permettrait de retrouver les premiers plaisirs de l'oralité et de soulager le stress accumulé dans la journée. Nous accompagnons ici avec nos suggestions le patient dans un sevrage... tabagique.

#### **8. Vers le changement :**

Et vous voyez que c'est, d'une certaine manière, tout à fait possible, tout à fait envisageable, et que dans l'enseignement que vous faites, vous apportez toutes les corrections nécessaires, pour obtenir le meilleur résultat. Et qu'en ce moment vous êtes en train de réinitialiser votre vie, et qu'en ce moment vous êtes en train de prendre conscience, que vous redémarrerez un nouveau cycle, et que vous pouvez tout simplement changer les choses comme ça vous plaît, comme vous êtes motivé pour le faire.

Et je vais laisser votre ... cerveau ... se réinitialiser, et ramener, peut-être, inconsciemment à la conscience tout ce qui est inconscient qui doit être ramené. Pour un nouveau changement, un changement de chemin, un changement de route, un changement en total liberté, de ce que vous avez, envie de faire.

Et quand vous serez prêt, et quand toutes les nouvelles connexions se seront établies, et bien vous pourrez revenir ici, ..., à votre rythme, vous pourrez rouvrir les yeux ... vous étirer.

Sur cette fin de séance, nous aurions peut-être dû introduire la visualisation d'une détente sans tabac puis en généralisant une vie sans tabac, mais nous n'y avons pas pensé. Nous aurions pu également introduire dans ce nouveau changement, une notion temporelle de changement après la séance, pour les jours, semaines, mois et années à venir...



## **2. Echanges après la séance**

Suite à la séance, nous avons posé quelques questions pour savoir où en était le patient, et volontairement nous n'avons pas reparlé de la séance qui venait de se dérouler.

Nous avons pratiqué une séance pour l'auto-hypnose à la fin de la seconde séance à la demande de Monsieur H « *je suis pressé de le faire, pas d'essayer, de faire tout seul, quoi* » avec ancrage de bien-être, de détente, destinée à renforcer les effets de la séance associée à la fermeture du poing. Cet exercice peut être réalisé soit pour se détendre, soit pour gérer le manque de cigarette.

Concernant la détente, nous avons évoqué un autre point, celui du relâchement en fin de journée que l'on peut considérer comme un changement d'état émotionnel. En effet, notre rythme biologique est défini entre autre par une période, c'est-à-dire un intervalle de temps séparant deux phénomènes identiques. Le rythme circadien est une forme de rythme biologique observée sur une période de 24 h alternant phase de veille et phase de sommeil. Ainsi, pendant la journée, il est nécessaire de s'octroyer des pauses pour décompresser, pour se relâcher... et ne pas attendre la fin de la journée. A ce sujet, nous rejoignons Ernest Rossi quand il dit, « En acceptant les phases normales de votre repos ultradien et en vous autorisant à les apprécier lorsqu'elles surviennent au cours de la journée, vous permettez aux processus d'autorégulation de votre corps et de votre esprit, de traiter et de résoudre vos problèmes ».

## **3. L'hypnose, une autre manière d'être et de faire**

Dès notre première rencontre, nous pratiquons une séance d'hypnose car nous avons senti une certaine émotion quand Monsieur H a évoqué « *l'enfant qui fait sans* » (sous-entendu sans cigarette). En consultation « ordinaire » de tabacologie, nous serions passés à côté, alors que retrouver l'enfant qu'il était avait une signification importante. Il a fait une régression en âge jusqu'à ses 7 ans (âge de son fils actuellement) et Monsieur H dit ne plus fumer plus devant les enfants...

Nous amenons ensuite la suggestion de la rivière, avec son lot de signifiants parce qu'elle nous a été donnée par Monsieur H.

Le travail commence à ce moment précis et la deuxième consultation le confirme. Monsieur H fume moins et a entrepris une analyse comportementale, psychologique et physique de sa « fume ». Monsieur H se détache progressivement de la cigarette mais la cigarette résiste car elle lui procure de la détente et dans le même temps, il se demande s'il lui sera possible d'arrêter de fumer. Là un second travail s'opère sur son besoin de détente avec un nouvel apprentissage (ce bel apprentissage, pour reprendre ses termes) qui touche les trois composantes de la dépendance, psychologique, comportementale et physique.

Notre prise en charge avec l'hypnose nous permet de faire un travail que nous n'aurions jamais pratiqué. Les consultations se déroulent sans le dossier de tabacologie que nous utilisons et remplissons par le passé. L'hypnose nous aide à mobiliser les capacités imaginatives et symboliques du patient ainsi que son inconscient qui est à la fois un réservoir de ressources partiellement inexploitées et qui exprime ce que ne vient pas spontanément à la conscience, dans un face à face. Et nous relevons dans cette pratique, une autre possibilité de communiquer, qui s'appuie sur nos connaissances et compétences acquises, et où faisons également appel à de nouvelles ressources jusqu'alors insoupçonnées et inexploitées. En ce sens, nous rejoignons Bioy (2007) « *pour un praticien de l'hypnose, la formation initiale, la formation continue et son expérience vont déterminer non seulement un usage précis de la méthode dont il est question, tout autant que le type de population qu'il peut prendre en charge* ». <sup>60</sup>

L'hypnose complète la prise en charge (et notamment celle des Thérapies Comportementales, Cognitives et Emotionnelles) et ouvre un champ des possibles et permet encore davantage d'accompagner le fumeur singulier, avec son histoire, ses émotions, ses cognitions, et ses ressentis. Comme toutes les addictions, le tabagisme apporte des solutions à des difficultés passées, traumatismes, deuils, souffrances... ressentis par les personnes fumeuses.

Monsieur H s'est arrêté de fumer après la deuxième séance d'hypnose. Nous l'avons bien évidemment félicité de ce succès. Et même si nous n'avons pas de visibilité sur ce qui va se dérouler à l'avenir, nous avons la certitude que le travail psychique, psychologique qui a été accompli ne l'aurait jamais été auparavant dans notre pratique.

---

<sup>60</sup> Bioy, A., (2007). *Découvrir l'hypnose*. Paris : InterEditions, Dunod, p.45

## 4. Discussion éthique

Quand on évoque l'hypnose, on pense souvent au terme de manipulation, d'influence du thérapeute vis-à-vis du patient. L'utilisation que nous faisons de l'hypnose s'inscrit dans notre pratique de psychologue et de tabacologue en cabinet libéral. Il s'agit en l'occurrence pour le tabac, d'une demande de la part des patients et les séances sont réalisées pour les accompagner dans leur sevrage. Nous exerçons donc en accord avec le patient dans le sens qui semble être le plus favorable pour lui.

C'est donc en référence au code de déontologie du psychologue que nous pratiquons « *le psychologue réfère son exercice sur le respect des droits fondamentaux des personnes et spécialement de leur dignité, de leur liberté, et de leur protection* ».

Puis, dans cette relation avec le patient, nous adoptons la plupart du temps une position basse, une position où le patient a toute latitude pour choisir les propositions qui lui conviennent le mieux. En deux mots, nous accompagnons. Et quand nous adoptons parfois une position haute, où les suggestions sont directives, nous pouvons penser à de la manipulation. Alors dans ce cas, elle l'est à bon escient, à l'instar du kinésithérapeute qui manipule dans sa prise en charge.

Concernant notre posture, nous restons avant tout psychologue et nous utilisons l'outil hypnotique en complément dans nos prises en charge thérapeutique.

Par contre, ce qui est contraire à l'éthique serait d'utiliser l'hypnose pour son côté théâtral comme au spectacle ou dans des émissions de télé et de faire croire à la magie de l'outil.

## CONCLUSION

Nous souhaitons dans cette rédaction analyser l'accompagnement thérapeutique pour un sevrage tabagique avec l'outil hypnotique et comprendre ce que l'hypnose ouvre comme autres possibilités dans l'ici et maintenant ? Selon Bioy (2007) « *Par hypnose, on pourrait dire que les problèmes cloisonnés derrière les résistances du patient sont plus facilement*

*abordés.»*<sup>61</sup>

Monsieur H s'est arrêté de fumer après la seconde séance d'hypnose alors que nous pensions ne pas avoir « travaillé » suffisamment la peur du manque et ses possibilités d'en découdre avec le tabac. Mais l'hypnose a ceci de particulier, « *par elle, on entre dans un nouvel état où la transformation s'opère à l'insu de l'intelligence et de la volonté.* »<sup>62</sup>

Pour en revenir sur la méthodologie, il semble utile de rappeler que le cadre mis en place (espace et temps) présente des limites à notre analyse, 1 seul patient, 2 séances. Cependant, pendant nos échanges, nous avons tenté de comprendre la perception que le fumeur a de sa cigarette. En ce sens, dans la prise en charge, il n'existe pas une solution mais différentes voies à investiguer.

Dans cette étude, il y avait une demande précise, celle d'arrêter définitivement le tabac et les deux séances ont dévoilé un désir de faire du lien entre les ressentis, les émotions et les cognitions. Le patient a exprimé ce qu'il éprouve et le conflit qu'il vit avec sa cigarette par rapport à sa propre estime. Autant de concepts qui se réfèrent à la psychologie. Ce patient en en racontant s'est mis en travail sur lui-même en dialogue avec nous, dans une dimension plus large que le champ de la tabacologie.

Ainsi pour répondre à notre questionnement sur la manière d'être et de faire, et du changement de positionnement, nous proposons de faire un détour par l'analyse d'une séquence de travail<sup>63</sup> tirée de l'analyse d'une activité de mise en scène lors d'une représentation de théâtre.

Deux comédiennes avaient un rôle particulier à jouer, l'une devant apparaître pensive et l'autre l'interrogeant du regard, l'esprit actif. Bien que, pour ces deux comédiennes le texte leur était familier, la simplicité dans les échanges n'avait pas encore été inventée. C'est alors qu'on demanda à une comédienne d'entrer en scène avec un chandelier allumé. Son attention fut alors détournée – pour s'occuper de cet objet encombrant et ne pas se faire brûler - et tout ce qui avait été construit, appris jusque-là vint dans la scène sans qu'elle n'y prenne garde. Ce

---

<sup>61</sup> Bioy, A., (2007). *Découvrir l'hypnose*. Paris : InterEditions, Dunod, p. 63

<sup>62</sup> Roustang, F., dans *Oubliez le tabac ! La méthode révolutionnaire pour arrêter de fumer*. Paris : Albin Michel, p.8

<sup>63</sup> Clot, Y. (2004) *Action et connaissance en clinique de l'activité*. @ctivités, 1,1. Se reporter au site : [www.activites.org](http://www.activites.org).

chandelier était devenu « l'instrument d'action » de rencontre entre la comédienne et le texte.

Dans notre pratique aujourd'hui, l'hypnose est devenue en quelque sorte « l'instrument d'action » ou pour le dire autrement, « l'outil thérapeutique » de rencontre entre le thérapeute et le patient. C'est en cela que notre manière d'être et de faire s'est modifiée. L'hypnose nous transforme dans notre relation avec nos patients, le langage utilisé n'est plus totalement le même, nous sommes encore plus attentifs à leurs mots, leurs expressions corporelles,... pour aider le patient à mobiliser davantage ses ressources.

## Bibliographie

Aubin, H.J., Tilikete, S., Lahmek, P. (2000) Traitement Cognitivo-comportemental du tabagisme in *Alcoologie et addictologie* ; 22(4) : 313-318.

Aubin, H.J., (2000), « L'entretien motivationnel : Faire progresser le patient dans les stades de changement jusqu'à la solution de leurs problèmes », in *Le courrier des addictions*, 3 (3), 117-200.

Aubin, H.J., Dupont, P., Lagrue, G., (2003) *Comment arrêter de fumer ?* Ed. Odile Jacob.

Benhaiem, J.M., (2005) *L'hypnose aujourd'hui*, Paris, Ed. In press.

Benhaiem, J.M., (2005). *Oubliez le tabac ! La méthode révolutionnaire pour arrêter de fumer.* Paris : Albin Michel.

Bioy, A., (2007). *Découvrir l'hypnose.* Paris : InterEditions, Dunod.

Bioy A., Célestin-Lhopiteau I., Wood C., (2010), *L'Aide-mémoire d'Hypnose*, Paris, Dunod.

Borgne, A. (2003) Tabac : à traiter comme une toxicomanie. *La revue du praticien* ; 17 : 1684-87.

Brosseau, G., (2005) Ne rien faire : l'induction paradoxale, dans J.M. Benhaiem, *L'hypnose aujourd'hui*, Paris.

Carbonari, J.P., Di Clemente, C.C., Sewel, K.B. (1999) Stage Transitions and the Transtheoretical « Stages of Change » Model of Smoking Cessation, *Swiss Journal of Psychology*, 58, 134-144.

Clot, Y. (2004) *Action et connaissance en clinique de l'activité.* @ctivités, 1,1. Se reporter au site : [www.activites.org](http://www.activites.org).

Deci, E.L., Ryan, R.M. (1985) *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, New York : Plenum.

Deci, E.L., Ryan, R.M. (2000) The “What” and “Why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychology Inquiry*, 11 (4), 227-268.

Dobson, K.S. & Dozois, D.J.A. (2001) A longitudinal investigation of information processing and cognitive organization in clinical depression: Stability of schematic interconnectedness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 914-925.

Erickson, M.H., (2010), *L'hypnose thérapeutique : Quatre conférences*. Ed. ESF, 5<sup>ème</sup> édition, 204p.

Fiore, M.C., Bailey, W.C. (2000) Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services.

Hammond Corydon, D., (2004), *Métaphores et suggestions hypnotiques*, American Society of Clinical Hypnosis, Ecole de Médecine de l'Université de l'Utah. Edition Satas, collection Le Germe.

Hugues, JR, Shiffman, S, Callas, P, Zhang, J. (2003). A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. *Tob Control*, 12 : 21-27.

Laguerre G. (1995) « le tabagisme, un problème majeur de santé publique » in *Neuro-psy*, 1995 ; 10 : 473-474.

Laguerre, G., Legeron, P., Azoulai, G., and al. (2002) Elaboration d'un test permettant d'évaluer la motivation à l'arrêt du tabac. *Alcoologie et Addictologie* ; 24 (1) : 33-37.

Laguerre, G, Dupont, P. (2003) Sevrage tabagique : comment prévenir les rechutes ? *La revue du praticien* ; 17 : 1701-4.

Le Maître, B. (2003) *Le Tabac en 200 questions*. Ed. De Vecchi.

Lesourne, O., (2008) *Le grand fumeur et sa passion*. PUF, 3<sup>ème</sup> édition corrigée.

Lépine, J.P. (1997). Echelle HAD. In J.D. Guelfi (Ed.), *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie : Vol. 1*(pp. 367-374). Laval : Editions Médicales Pierre Fabre.

Martin, C., Baradat D., (2003) *Des pratiques en réflexion*, Collection Travail et Activité Humaine, Editions Octares, 545p.

Maslow, A.H. (1987), *Motivation and personality*, Harper Collins Publishers, 3<sup>rd</sup> edition.

Miller W.R., Rollnick S (2006) *L'entretien motivationnel*. Inter Editions Dunod, Paris, 241p.

Miller, W.R., Rollnick, S. (1991) *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviors*. The Guilford Press – New York.

Pavlov, I (1963) *Réflexes conditionnels et inhibition*. Gonthier Paris.

Pelletier, L.G., Vallerand, R.J. (1993) Une perspective humaniste de la motivation : les théories de la compétence et de l'autodétermination. In R.J. Vallerand & E. Thill (Eds), *Introduction à la psychologie de la motivation* (pp.223-281). Montréal : Editions Etudes Vivantes.

Prochaska J.O., Velicer, W.f., Di Clemente C.C., Fava, J. (1988). Measuring Processes of Change: Applications to the Cessation of Smoking, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.

Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C. (1982) « Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change », In *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 19 (3) : 276-288.

Quelet, J., Perrot, O., (2003) *Hypnose, techniques et applications thérapeutiques*, Ellébore Editions

Roustang, F., (1994), *Qu'est-ce que l'hypnose ?*, Paris, Les Editions de Minuit, 187p.



Ryan, R.M., Deci, E.L., (2000) Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78, p. 71.

Salem, G., Boivin, E., (2007). *Soigner par l'hypnose*. Paris : Masson.

Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L., Mant, D. & Fowler, G. (2003). Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In : The Cochrane Library, Issue 2.

Sullivan K.T., (1998) Promoting health behavior change, *ERIC Educational Reports*. [En ligne]. <http://www.ericdigests.org/1999-4/health.htm>.

Vallerand, R.J., Brissonnette, R. (1992) Intrinsic, extrinsic and amotivational styles as predictors of behavior : a prospective study. *Journal of Personality*, 60, 599-620.

Varescon, I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives*. Paris, Berlin.

DSM-IV (1996), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, traduction coordonnée par J.D. Guelfi, Paris, Masson, p.213-214

DSM-V (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth Edition*, Américan psychiatric association.

L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) de Zigmond et Snaith (1983), traduite en français par Lépine.

# Annexes

## 1. Echelles et tests d'évaluation

Plusieurs outils sont utilisés pour apprécier l'état et l'évolution psychologique du patient au cours des consultations en tabacologie et une bonne évaluation de la motivation permet de proposer des stratégies adaptées à chaque cas.

Les échelles d'évaluation sont des outils d'aide au diagnostic standardisé et permettent d'avoir une approche pour définir la symptomatologie du patient (état mental, degré d'anxiété, ...).

### 1.1. Le Degré de Motivation

Deux composantes de la motivation à l'arrêt au tabac sont appréciées à l'aide d'une échelle analogique de 0 à 10. Il s'agit de l'importance que le sujet accorde au fait d'arrêter de fumer et la confiance qu'il a en lui dans ses chances de réussite. Ces deux questions sont posées lors de la première consultation.

- « *A quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?* » Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation sur une échelle de 0 à 10 (0 signifie « pas important du tout » et 10 signifie « Extrêmement important »),
- « *Si vous décidez aujourd'hui d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ?* » Entourer le chiffre qui correspond le mieux à votre situation sur une échelle de 0 à 10 (0 signifie « aucune confiance » et 10 signifie « totale confiance »).

En analysant les résultats, 4 profils peuvent être dégagés : 1/ Importance basse, Confiance basse ; 2/ Importance basse, Confiance élevée ; 3/ Importance élevée, Confiance basse ; 4/ Importance élevée, Confiance élevée.

Pour Miller et Rollnick (2006, p.65) « La disposition au changement implique au moins une certaine importance accordée au changement et un peu de confiance en soi pour l'accomplir. Une personne qui ne considère pas le changement comme important ne va probablement pas

être prête à s'y engager. De même, les personnes qui considèrent le changement comme impossible ne peuvent guère considérer qu'elles sont prêtes à s'y essayer ».

## 1.2. Le HAD

L'échelle HAD (Hospital Anxiety Depression), est une échelle d'auto-évaluation composée de 14 items développée par Zigmond et Snaith en 1983. Son objectif est d'évaluer l'évolution du symptôme anxio-dépressif chez les patients.

Ce questionnaire est renseigné par les patients. Il est un instrument très rapide d'évaluation clinique et est utilisé dans des travaux de recherche clinique ou thérapeutique qui visent, à dépister les patients anxieux et/ou déprimés, et à apprécier les changements d'état de ces mêmes patients.

Les résultats sont obtenus en additionnant les chiffres des réponses, avec un score maximum de 21 pour chaque item :

- Pour les questions A, qui correspondent à l'item Anxiété,
- Pour les questions D, qui correspondent à l'item Dépression.

La cotation théorique des échelles d'anxiété et de dépression pour l'évaluation de l'intensité de l'atteinte dépressive et anxieuse en fonction des scores obtenus est résumée dans le tableau suivant (d'après Guelfi et col. 1997) :

<b>Intensité de l'atteinte</b>	<b>Absente</b>	<b>Modérée</b>	<b>Forte</b>
HAD-A (Anxiété)	<7	8 à 10	11 et plus
HAD-D (Dépression)	<7	8 à 10	11 et plus

Un score pour l'anxiété (HAD-A) égal ou supérieur à 11 indique que le patient présente une anxiété notable. S'il y a persistance de ce symptôme, un traitement anxiolytique peut être envisagé.

Pour la dépression (HAD-D), un score égal ou supérieur à 11 conduit à être particulièrement attentif à ce résultat. S'il y a persistance de ce symptôme, un traitement anti dépresseur peut être envisagé.

## Echelle HAD

- A1**      **A**    **D**      **1**    **Je me sens tendu ou énervé :**
- |   |                          |                     |
|---|--------------------------|---------------------|
| 3 | <input type="checkbox"/> | La plupart du temps |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Souvent             |
| 1 | <input type="checkbox"/> | De temps en temps   |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Jamais              |
- D2**      **2**    **Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :**
- |   |                          |                  |
|---|--------------------------|------------------|
| 0 | <input type="checkbox"/> | Oui, tout autant |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Pas autant       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Un peu seulement |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Presque plus     |
- A3**      **3**    **J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :**
- |   |                          |                                     |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| 3 | <input type="checkbox"/> | Oui, très nettement                 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Oui, mais ce n'est pas trop grave   |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Un peu, mais cela ne m'inquiète pas |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Pas du tout                         |
- D4**      **4**    **Je ris facilement et vois le bon côté des choses :**
- |   |                          |                         |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 0 | <input type="checkbox"/> | Autant que par le passé |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Plus autant qu'avant    |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Vraiment moins qu'avant |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Plus du tout            |
- A5**      **5**    **Je me fais du souci :**
- |   |                          |                        |
|---|--------------------------|------------------------|
| 3 | <input type="checkbox"/> | Très souvent           |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Assez souvent          |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Occasionnellement      |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Très occasionnellement |
- D6**      **6**    **Je suis de bonne humeur :**
- |   |                          |                     |
|---|--------------------------|---------------------|
| 3 | <input type="checkbox"/> | Jamais              |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Rarement            |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Assez souvent       |
| 0 | <input type="checkbox"/> | La plupart du temps |
- A7**      **7**    **Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :**
- |   |                          |                        |
|---|--------------------------|------------------------|
| 0 | <input type="checkbox"/> | Oui, quoi qu'il arrive |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Oui, en général        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Rarement               |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Jamais                 |
- D8**      **8**    **J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :**
- |   |                          |                  |
|---|--------------------------|------------------|
| 3 | <input type="checkbox"/> | Presque toujours |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Très souvent     |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Parfois          |

0  Jamais

**A9**                      **9 J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :**

0  Jamais

1  Parfois

2  Assez souvent

3  Très souvent

**D10**                      **10 Je ne m'intéresse plus à mon apparence :**

3  Plus du tout

2  Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais

1  Il se peut que je n'y fasse plus autant attention

0  J'y prête autant d'attention que par le passé

**A11**                      **11 J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :**

3  Oui, c'est tout à fait le cas

2  Un peu

1  Pas tellement

0  Pas du tout

**D12**                      **12 Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :**

0  Autant qu'avant

1  Un peu moins qu'avant

2  Bien moins qu'avant

3  Presque jamais

**A13**                      **13 J'éprouve des sensations soudaines de panique :**

3  Vraiment très souvent

2  Assez souvent

1  Pas très souvent

0  Jamais

**D14**                      **14 Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :**

0  Souvent

1  Parfois

2  Rarement

3  Très rarement

	<b>A</b>	<b>D</b>
<b>Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 1.3. FTND (Fagerström test for nicotine dépendance)

Le test de Fagerström comprend 8 questions et a pour vocation l'évaluation de la dépendance physique (Heatherton et col. 1991). Un calcul de scores est établi : de 0 à 4, la dépendance au tabac est faible ou nulle ; de 5 à 6, la dépendance est moyenne et pour un score compris de 7 à 10, la dépendance s'avère élevée.

Ce test est administré lors de la première consultation et est revu avec le patient pour calculer son score de dépendance au plus juste. Par exemple, il sera demandé si la première cigarette peut être repoussée dans le temps (le fumeur a éliminé sa nicotine dans la nuit) et combien de temps après la première cigarette, le fumeur en fume une seconde. La difficulté à l'arrêt quand le patient est malade sera évaluée ainsi que ce qui se passe quand ce dernier doit s'abstenir pendant 2 ou 3 heures, fume-t-il une ou deux cigarettes après cette abstinence?

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

Dans les 5 minutes	3
6 à 30 minutes*	2
31 à 60 minutes	1
Plus de 60 minutes	0

Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

Oui	1
Non	0

A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

La première de la journée	1
Une autre	0

Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

Fumiez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée durant le reste de la journée ?

Oui	1
Non	0

Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1
Non	0

#### 1.4. Le CO testeur

Le monoxyde de carbone ou CO est un gaz carbonique présent dans la fumée de cigarette au même titre que les autres substances connues.

Comparé à l'oxygène, son affinité avec l'hémoglobine est bien plus puissante, de l'ordre de 200 fois supérieure, perturbant gravement les échanges gazeux en les rendant responsable de l'hypoxie chronique du fumeur, de thromboses et en majorant ainsi les risques cardiovasculaires et pulmonaires (hypoxie tissulaire, perturbations biologiques, etc.).

La carboxyhémoglobine (HBCO) a une demi-vie de 6 heures environ (signe d'exposition continue). Elle traduit un tabagisme passif ou actif. Sa corrélation à la quantité de fumée (dose-dépendance) et à l'intensité de la fumée (causée par le syndrome de manque, phénomène d'auto titration) est démontrée.

Le CO testeur est un appareil qui permet de mesurer le taux de CO<sup>64</sup> dans l'air expiré et de le mettre en relation avec une exposition à un tabagisme passif ou actif. Idéalement pour une valeur objective, la mesure doit être réalisée avec un écart de 2 heures par rapport à la cigarette fumée. Elle exprime l'inhalation de CO dans les 24 heures précédant le test. La demi-vie du monoxyde de carbone est très courte et un sevrage supérieur à 12 heures rend l'évaluation impossible.

L'utilisation du CO testeur participe à donner une valeur diagnostic (constat), pédagogique (information) et intérêt thérapeutique (proposition d'aide). Il concourt également à renforcer la motivation.

**Tableau d'interprétation chiffrée des résultats** [taux de CO dans l'air expiré, exprimé en particules de CO par millions de particules d'air (p.p.m.)]

< 3 ppm	Pas d'exposition.
3-10 ppm	Tabagisme présent actif ou passif. Pollution d'origine domestique et atmosphérique.
11-30 ppm	Tabagisme important.
> 30 ppm	Tabagisme intense Recherche de pollution industrielle dangereuse.

<sup>64</sup> La mesure du CO dans l'air expiré est le marqueur le plus facile à doser, car non invasif et le moins onéreux.

A chaque visite, il est demandé au fumeur de souffler dans le CO testeur pour avoir une appréciation de sa consommation de tabac, du comment il fume. En effet, à nombre égal de cigarettes fumées, le taux de CO varie en fonction de chaque fumeur car la façon dont le fumeur tire sur sa cigarette est « proportionnelle » à la dose de nicotine dont son organisme a besoin.

## **2. Séance d'hypnose vidéo retranscrite**

La totalité de la séance d'hypnose filmée a été retranscrite dans le rapport présenté au jury lors de la soutenance du mémoire. Pour garantir la confidentialité au patient, cette retranscription a été retirée de la publication.



## Résumé

Cette étude présente l'accompagnement d'un fumeur à l'aide de l'hypnose pour un sevrage tabagique et en parallèle un changement sur la manière de faire et d'être dans l'activité clinique du praticien.

Après avoir analysé l'histoire de la vie du patient avec sa cigarette, le lien qui se tisse avec cette dernière, repéré les moments agréables de son tabagisme, les situations qui déclenchent la prise d'une cigarette, identifié ses motivations, nous présentons la construction de deux séances d'hypnose pour une prise en charge singulière. Nous abordons également le changement de positionnement du clinicien, le « pas de côté » dans sa pratique qui lui permet d'ouvrir un autre champ des possibles, pour accompagner le fumeur dans son sevrage tabagique.

Cette étude, même si elle présente la prise en charge d'un seul patient, montre que la pratique de l'hypnose, pourtant loin d'être considérée comme une thérapie validée, aborde différemment les registres émotionnels, cognitifs, affectifs et comportementaux.

**Mots clés :** hypnose, sevrage tabagique, changement, pratique clinique.