



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique en médecine
générale : une revue systématique de littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 31 janvier 2025 à 16h

au Pôle Formation

par Zaki AZMI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Adnane DABRI

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Abdelmadjid KHEDIM

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

CBT	Cognitive-Behavioral Therapy (voir TCC)
CO	Monoxyde de carbone
IRM	Imagerie par résonance magnétique
FTDN	<i>Fagerström Test for Nicotine Dependence</i>
HAD	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
HGSHS	Harvard Group Scale of Hypnotic Suggestibility
HT	HypnoTherapy
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MQ	Questionnaire de Motivation
NRT	<i>Nicotine Replacement Therapy</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
RayyanQCRI	Rayyan Qatar Computing Research Institute
RL	Revue de Littérature
S12	Douzième semaine
S26	Vingt sixième semaine
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
WHO	<i>World Health Organization</i> (voir OMS)

Sommaire

Avertissement	2
Sigles	3
Sommaire	4
Introduction	5
Matériel et méthodes	7
1 Collecte et sélection des articles	7
2 Analyse et extraction des données	8
3 Détermination du niveau de preuve des articles	8
Résultats	9
1 Collecte et sélection des articles	9
2 Tableaux :	9
3 Caractéristiques des études sélectionnées	14
4 Protocoles d'hypnothérapie étudiés	14
5 Comparaison des résultats	15
Discussion	17
1 Concernant les résultats	17
2 Variabilité des études	18
3 Qualité méthodologique	20
4 Sécurité et tolérance	22
5 Autres études sur l'hypnothérapie	23
6 Implications pratiques et perspectives	24
Conclusion	26
Références	27
Annexe 1 - PRISMA 2020	31
Annexe 2 - Equation de recherche	34
Annexe 3 - Tableau d'extraction des données	35
Annexe 4 - Check liste de Black and Downs	36

Introduction

Le tabagisme représente un problème de santé publique majeur à l'échelle mondiale. [1] Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il est responsable de plus de 8 millions de décès chaque année, dont environ 1,2 million dus à l'exposition au tabagisme passif [2]. La consommation de tabac est associée à de nombreuses pathologies chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires [3], les cancers [4,5] et les affections respiratoires. Malgré une large sensibilisation aux dangers du tabac et les nombreuses stratégies de substitutions utilisées, l'arrêt définitif du tabagisme reste un défi de taille pour de nombreux fumeurs. [6]

L'une des principales raisons de cette difficulté est la dépendance à la nicotine, un composant hautement addictif du tabac. [7] La nicotine agit sur les récepteurs du cerveau en libérant de la dopamine, provoquant ainsi une sensation de plaisir et de récompense [8]. Lors de l'arrêt, le sevrage provoque une série de symptômes inconfortables tels que l'irritabilité, l'anxiété, les troubles du sommeil, la difficulté à se concentrer et de fortes envies de fumer, ce qui rend la démarche d'arrêt d'autant plus difficile [9]. En outre, le tabagisme est souvent profondément enraciné dans les habitudes comportementales et les contextes sociaux, ce qui complique encore d'avantage les tentatives de sevrage. [10]

Les taux de rechute restent ainsi élevés, entre 60 % et 90 % des fumeurs replongent dans la première année suivant une tentative d'arrêt [11]. La majorité des fumeurs nécessitent plusieurs tentatives avant de parvenir à un sevrage durable, illustrant la complexité de cette dépendance [12]. Dans ce contexte, les approches multimodales, qui combinent des interventions pharmacologiques (substituts nicotiniques, varénicline, bupropion) et des thérapies comportementales, ont démontré leur efficacité accrue [13]. Cependant, malgré ces méthodes combinées, de nombreux fumeurs continuent de lutter pour cesser définitivement de fumer. [14]

L'hypnothérapie est une forme de thérapie psychologique qui utilise l'hypnose pour induire un état de relaxation profonde, permettant au patient de se connecter à son subconscient. [15] Cet état se caractérise par une concentration accrue et une attention focalisée, permettant au thérapeute de formuler des suggestions visant à modifier des comportements, comme ceux associés à la consommation de tabac [16]. Contrairement aux idées reçues, l'hypnose n'implique ni perte de conscience ni contrôle de l'esprit ; le patient reste maître de ses actions tout au long du processus. [17]

L'un des mécanismes fondamentaux de l'hypnothérapie est la suggestion post-hypnotique, où le thérapeute propose des idées ou des comportements qui seront intégrés par le patient une fois sorti de l'état d'hypnose. [18] Dans le contexte du sevrage tabagique, ces suggestions peuvent inclure le développement d'un dégoût pour le tabac, l'augmentation de la motivation à arrêter de fumer ou la réduction de l'envie de nicotine [19].

Ainsi, l'hypnothérapie vise à reprogrammer les schémas de pensée pour favoriser l'abstinence et renforcer la motivation [20]. Cette approche, bien que prometteuse, suscite encore des débats quant à son efficacité réelle et à sa standardisation.

Cette thèse a pour objectif d'explorer de manière critique l'efficacité de l'hypnothérapie dans le sevrage tabagique en médecine générale, en se basant sur une revue exhaustive de la littérature scientifique. L'analyse des preuves disponibles aspire à offrir un éclairage aux praticiens sur l'efficacité de l'hypnothérapie comme option complémentaire dans la lutte contre le tabagisme.

Matériel et méthodes

Ce travail est une revue systématique descriptive de la littérature dont la réalisation a suivi les recommandations internationales PRISMA. [21]

1 Collecte et sélection des articles

Trois opérateurs indépendants ont réalisé la collecte et la sélection des articles durant le mois de mai 2024.

Quatre bases de données ont été interrogées pour ce projet : PubMed®, Google Scholar®, Web of Science® et Embase®. La revue de médecine générale en langue française « Exercer® » a également été interrogée.

Une recherche initiale a été conduite afin de repérer les mots-clés les plus couramment utilisés dans la littérature scientifique ainsi que ceux recommandés par la plateforme HeTOP (Health Terminology / Ontology Portal). La stratégie de recherche documentaire s'est appuyée sur l'utilisation des mots-clés MeSH (Medical Subject Headings) suivants :

Les mots clés retenus pour définir « l'hypnothérapie » étaient « hypnosis » ou « hypnotism ».

Ceux retenus pour définir « l'addiction » étaient « addiction », « dependency » ou « abuse ».

Enfin, ceux retenus pour définir « médecine générale » étaient : « primary care », « family practice », « family medicine », « general practice » ou « general medicine »

Des équations de recherche spécifiques ont été élaborées pour chaque base de données interrogée (Annexe 1).

Les critères d'inclusion étaient : des essais cliniques sur une population humaine de plus de 18 ans d'âge en langue française ou anglaise.

Les études sur une population de vétérans ou de femme enceinte ont été exclus, ainsi que les publications sous forme de revue systématique de littérature, les thèses, les interviews ou autre cas clinique.

Les travaux sur les addictions autre que le tabac ont été exclus.

Les résultats des équations de recherches sur chaque base de données ont été collectés puis une sélection en 3 étapes fût initiée. Une première sélection des articles a été établi sur lecture des titres des études en aveugle puis une discussion des discordances pour trouver un commun accord entre les trois opérateurs. S'il y avait persistance d'un désaccord, le superviseur tranchait dans la décision finale. Une deuxième sélection sur résumé est ensuite effectuée sur les articles retenus. Enfin,

une lecture complète des articles sélectionnés a permis d'inclure les articles sur les critères cités ci-dessus.

Le logiciel web Rayyan QRCI [22], spécialisé dans l'élaboration des revues systématique de littérature a été utilisé pour la réalisation de cette sélection.

2 Analyse et extraction des données

Une extraction des données des articles sélectionnés a été effectuées dans un tableau (Annexe 2) réparti sur différents thèmes : Références de l'article, caractéristiques de l'étude, caractéristiques de la population, critères de jugement, principaux résultats, forces et limites et niveaux de preuve.

Un tableau classant ces données a ensuite été utilisé pour les analyser.

L'auteur de la revue a mené l'extraction et l'analyse des données.

3 Détermination du niveau de preuve des articles

Trois critères ont été retenus pour évaluer le niveau de preuve des articles. Le premier critère est l'impact factor de la revue dans laquelle l'étude a été publiée. Il s'agit d'une mesure bibliométrique qui calcule la moyenne des citations des articles publiés dans une revue au cours des deux dernières années, rapportée au nombre total d'articles publiés durant la même période. En somme, cet indicateur reflète la visibilité d'une revue scientifique. [23]

Le deuxième critère de niveau de preuve repose sur la gradation définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) en France, qui distingue quatre niveaux correspondant à trois grades de recommandation : un grade A pour les preuves scientifiques établies (niveau de preuve 1), un grade B pour les présomptions scientifiques (niveau de preuve 2), et un grade C pour les preuves faibles (niveaux de preuve 3 et 4) [24]

Enfin, le dernier critère est le score de validité méthodologique développé par Downs et Black, [25] adapté en français (Annexe 3). Ce score inclut 27 critères, dont certains ne s'appliquent pas à tous les types d'études, ce qui rend son dénominateur variable.

Résultats

1 Collecte et sélection des articles

L'analyse documentaire initiale a permis de recenser 268 références, comprenant des essais cliniques, des revues systématiques, des méta-analyses, ainsi que des études de cas. Après suppression de 43 doublons, un total de 225 études a été conservé, parmi lesquelles seulement trois ont été sélectionnées conformément aux critères définis dans le protocole. Les étapes de cette sélection sont représentées dans le diagramme de flux ci-dessous. (Figure 1)

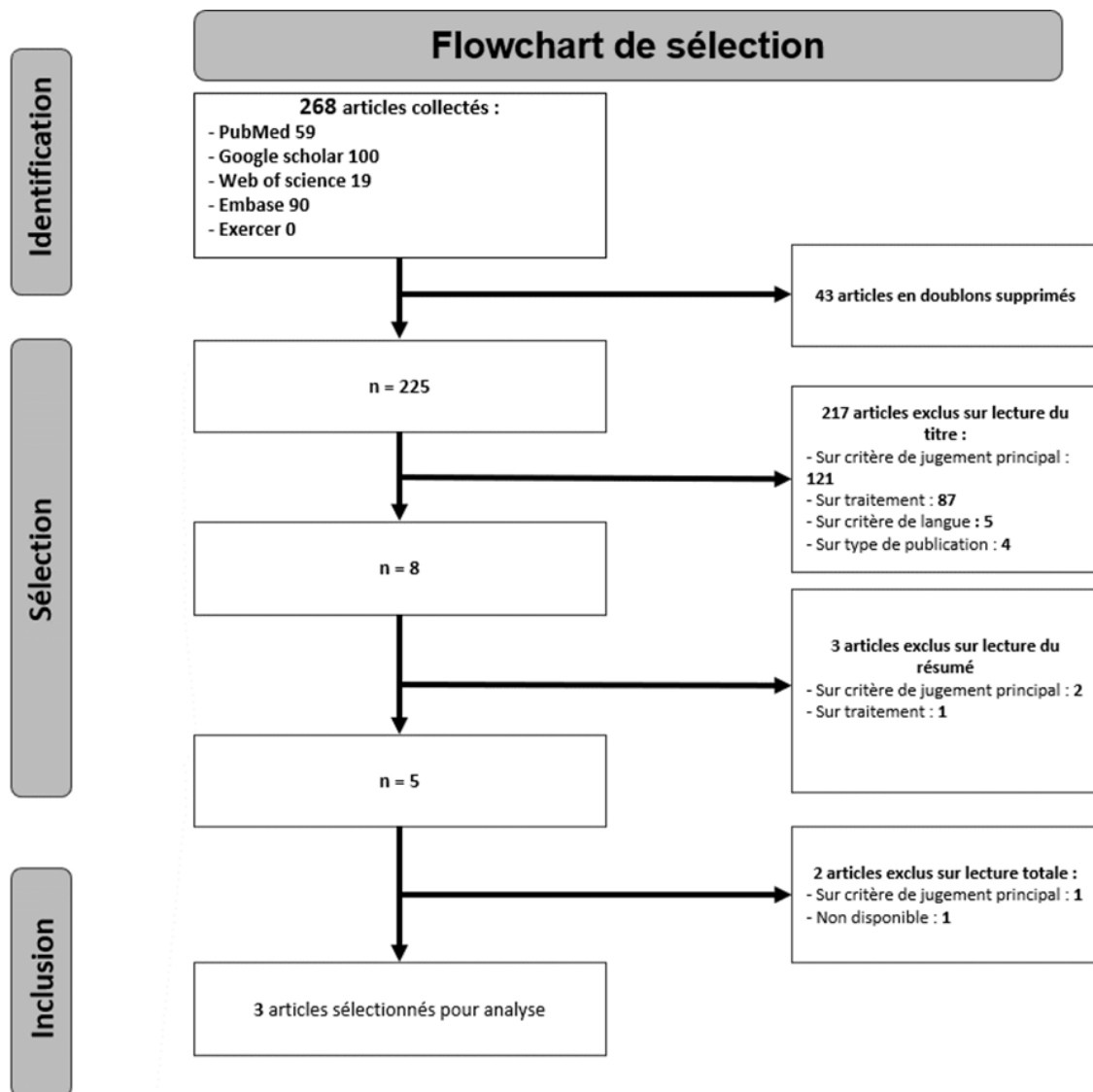


Figure 1 - Diagramme de flux de l'étude

2 Tableaux

Tableau 1 – Collecte des données

<i>Intensive hypnotherapy for smoking cessation : a prospective study</i> Gary Elkins, Joel Marcus, Jeff Bates, M. Hasan Rajab et Teresa Cook International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis ; August 2006						
	Caractéristiques de la population	Caractéristiques de l'étude	Critères de jugement	Principaux résultats	Forces et limites	Niveau de preuve
RL 1	28 patients inclus/20 analysés Age moyen : 45 ans Majorité de femmes, caucasiennes, mariées, titulaire d'un diplôme d'étude secondaire Nombres de cigarettes fumées par jour : >20 avec score de Fagerstrom > 10 <u>Critères d'inclusion :</u> >18 ans, fume plus de 10 cig/j Volonté d'arrêter de fumer dans les 30 prochains jours Parle anglais Possibilité d'assister aux séances hebdomadaires <u>Critères d'exclusion :</u> Utilisation tout produit de tabac autre que cigarette Abus actuel signalé d'alcool/drogues psychoactives Utilisation actuelle d'un autre traitement de sevrage tabagique ATCD personnalité borderline ou utilisation de l'hypnothérapie pour autre raison	<u>Type d'étude :</u> Etude prospective randomisée <u>Protocole :</u> 8 séances d'hypnothérapie (1h) sur une période d'environ 2 mois avec groupe témoin sur liste d'attente. Les patients ont été évalués pour arrêter de fumer à la fin du traitement et aux semaines 12 et 26 <u>Lieu de l'étude :</u> Hôpital et clinique Scott and White Memorial, Temple, Texas, USA <u>Durée de l'étude :</u> environ 6 mois <u>Méthode de recrutement :</u> Recommandation médicale par professionnel de santé et annonces publicitaires	<u>Critère de jugement principal :</u> Arrêt du tabac à la fin du traitement <u>Critères de jugements secondaires :</u> Aucun <u>Tests et mesures :</u> Niveau de CO expiré <u>FTND (Fagerström) :</u> Évaluation de la dépendance à la nicotine. <u>Cotinine salivaire</u> (utilisé en cas d'incohérence entre les auto-déclarations des participants (sur leur statut de fumeur/non-fumeur) et les valeurs de monoxyde de carbone (CO) mesurées.)	<u>Résultats :</u> Le taux d'arrêt du tabac était de 40% à la fin du traitement (vs 10% pour le groupe témoin), 60% à S12 (vs 0%) et 40% à S26 (vs 0%)	<u>Forces de l'étude :</u> Approche prospective Vérification biologique de l'abstinence (CO<8ppm) <u>Limites de l'étude :</u> Petite taille de l'échantillon <u>Absence de mesure de l'hypnotisabilité :</u> Le niveau de réceptivité des participants à l'hypnose n'a pas été évalué, ce qui aurait pu influencer les résultats. Biais de recrutement (volontariat) <u>Groupe témoin en liste d'attente :</u> le groupe contrôle étaient en liste d'attente, ont reçu des documents d'auto-assistance -> biais lié aux attentes.	Impact factor 2,0 HAS : 2/4 Score de validité : 15/24

Tableau 1 – Collecte des données

<i>Hypnotherapy compared to cognitive-behavioral therapy for smoking cessation in a randomized controlled trial</i> <i>Anil Batra, Sandra Eck, Bjorn Riegel, Sibylle Friedrich, Kristina Fuhr, Iris Torchalla and Sven Tonnies</i> <i>Frontiers in Psychology, February 2024</i>						
	Caractéristiques de la population	Caractéristiques de l'étude	Critères de jugement	Principaux résultats	Forces et limites	Niveau de preuve
RL 2	359 patients analysés 59,9% de femmes Age moyen : 43,07 +/- 12,52 ans Nombre de cigarettes fumées par jour : 1 paquet par jour en moyenne Critères d'inclusion : >18 ans ; fume au moins 10 cigarettes par jour depuis au moins 2 ans Être capable de communiquer et compris en allemand Être capable et disposé à fournir un consentement éclairé écrit. Critères d'exclusion : Trouble mental grave (trouble psychotique à vie, trouble bipolaire...) Dépendance actuelle à l'alcool et aux drogues ; utilisation de produits du tabac autres que cigarettes ; participation à un traitement de sevrage tabagique au cours des 6 derniers mois ; grossesse/allaitement CBT : Thérapie Cognitivo-Comportementale (Cognitive-Behavioral Therapy). HT : Hypnothérapie (Hypnotherapy).	Type d'étude : essai contrôlé randomisé par bloc avec nombre aléatoire Date de l'étude : entre septembre 2010 et janvier 2012 (15 mois) Méthode de recrutement : Annonces via les médias locaux, prospectus envoyés aux prestataires de soins primaire et emails aux seins des universités Lieu de l'étude : 2 centres de recherche : à Tübingen et à Hambourg Protocole : programme de 6 semaines, avec une session hebdomadaire de 90 minutes animée par un psychologue formé. Les sessions 1 et 2 étaient préparatoires, tandis que les sessions 3 à 6 soutenaient le maintien de l'abstinence. 1 groupe TCC et 1 groupe hypnothérapie	Principal : Abstinence continue du tabac confirmé par des mesures de CO expiré à la fin du traitement, 6 mois et 12 mois après le début de l'intervention Secondaires : Évaluation de l'abstinence tabagique déclarée par les participants au cours des 7 jours précédant chaque point de suivi, sur une période de 12 mois. Intensité du tabagisme chez les non-abstinents Mesure du nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les participants n'ayant pas réussi à arrêter de fumer, afin d'évaluer une éventuelle réduction de la consommation.	Résultats : Abstinence continue : Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en termes de taux d'abstinence continue sur 12 mois (CBT : 15,6 % ; HT : 15,0 %). Abstinence de 7 jours : Bien que les taux d'abstinence de 7 jours aient été plus élevés pour le groupe CBT (21,2 %) que pour le groupe HT (16,7 %), cette différence n'était significative que dans un modèle contrôlé pour la suggestibilité hypnotique. Intensité du tabagisme : Les non-abstinents dans les deux groupes ont réduit leur consommation quotidienne de cigarettes d'environ 5 à 6 cigarettes, avec une moyenne de 14 cigarettes par jour pendant les 12 mois de suivi.	Forces : - Etude contrôlée randomisée - Comparaison directe entre deux interventions établies - Vérification biochimique - Transparence méthodologique Limites : Absence de groupe placebo Recrutement des patients : (volontariat) Absence de groupes de comparaison supplémentaires	Impact factor : 2,6 HAS : 1/4 Score de validité : 23/27

			Tests : FTND (Fagerström) : évaluation de la dépendance à la nicotine Echelle de susceptibilité hypnotique du groupe Harvard (HGSHS) Questionnaire de motivation (MQ)			
--	--	--	--	--	--	--

Tableau 1 – Collecte des données

<i>A Randomized Controlled Trial of Hypnotherapy for Smoking Cessation</i> <i>Robert Lambe, MD, Carl Osier, MD, Peter Franks, MD</i> <i>The Journal of Family Practice ; 1986 (Volume 22, Issue 1, Pages 61-65)</i>						
	Caractéristiques de la population	Caractéristiques de l'étude	Critères de jugement	Principaux résultats	Forces et limites	Niveau de preuve
RL 3	180 patients inclus (90 : groupe hypnose/ 90 : groupe témoin) Age moyen : 32,4 ans 69% de femmes Critères d'inclusion : >18 ans Consulter le Family Medicine Center Pas d'ATCD psychiatrique Souhait d'arrêter de fumer Accepter de suivre une hypnotherapie Critères d'exclusion : trouble psychiatrique	Type d'étude : Essai contrôlé randomisé Lieu et durée de l'étude : Centre de médecine familial à Rochester (Nord de New York) sur une durée de 12 mois. Protocole : 2 séances d'hypnotherapie de 40min à 2 semaines d'intervalle. Le suivi des patients s'est fait par appel téléphonique à intervalle régulier pendant 1 an	Suivi à 3 mois, 6 mois et 12 mois après le traitement initial Principal : arrêt complet du tabagisme, évalué à différents moments après l'intervention (à 3 mois, 6 mois, et 12 mois) Secondaires : Réduction du nombre de cigarettes fumées Facteurs prédictifs de succès (niveau d'éducation, présence de fumeurs à la maison, au travail, auto-évaluation du stress, couverture sociale Medicaid..)	À 3 mois : 21 % des participants du groupe hypnotherapie avaient cessé de fumer, contre 6 % dans le groupe témoin. À 12 mois : Les taux de cessation étaient similaires entre les deux groupes, avec 22 % pour le groupe hypnotherapie et 20 % pour le groupe témoin. Pas de différence significative entre les groupes à long terme L'étude a montré que le seul facteur prédictif constant du succès de l'arrêt du tabac était d'avoir une éducation universitaire	Forces : - Essai contrôlé randomisé - Représentative de la pratique clinique réelle (cadre de soins primaires) - Suivi à long terme - Approche pratique (méthode d'hypnotherapie simple pouvant être appliqué par des médecins de soins primaires avec peu de formation en hypnose) Limites : - Perdus de vue important - Pas de vérification objective de la cessation (auto-déclaration)	Impact factor : 2,6 HAS : 1/4 Score de validité : 14/27

3 Caractéristiques des études sélectionnées

Les trois articles sélectionnés pour l'analyse finale sont résumés sous forme de tableaux d'extraction de données (Tableau 1). Ces tableaux contiennent des informations détaillées concernant les populations de chaque étude, les protocoles d'intervention, ainsi que les périodes de suivi et les résultats principaux. Les études ont été menées dans deux pays différents, une en Europe (Allemagne) et deux aux États-Unis.

Les études sont citées avec « RL » pour revue de littérature, suivi de leur position dans le tableau (1 à 3). Elles ont été réalisées sur des périodes allant de 6 (RL1) à 15 mois (RL2), avec des échantillons de population variant de 20 à 359 patients. Il s'agit de deux essais contrôlés randomisés publiés respectivement en 2024 (RL2) et 1986 (RL3), ainsi que d'une étude prospective randomisée publiée en 2006. (RL1)

Toutes les études présentent une majorité de femmes dans leurs échantillons (entre 59,9 et 69%)

Le score de validité de Downs et Black pour l'étude de Batra et al. est de 23/27, reflétant une méthodologie rigoureuse, un suivi prolongé de 12 mois et un échantillon conséquent de 360 participants. En revanche, les études d'Elkins et al. (2006) et de Lambe et al. (1986) affichent des scores de 15/24 et 14/27, révélant certaines faiblesses méthodologiques, probablement attribuables à des échantillons de taille plus modeste.

Ces études ont été publiées dans des revues avec un facteur d'impact moyen entre 2 et 2.6.

4 Protocoles d'hypnothérapie étudiés

L'hypnothérapie repose sur l'utilisation d'un état modifié de conscience pour influencer les comportements et les cognitions. Des variantes de l'hypnothérapie ont été retrouvées dans l'ensemble des études sélectionnées, illustrant la diversité des techniques employées.

Elkins *et al.* (RL1) se concentre sur une hypnothérapie intensive et personnalisée, comprenant huit séances individuelles réparties sur environ deux mois. Chaque séance inclut des suggestions hypnotiques adaptées aux besoins spécifiques des patients, accompagnées d'une relation thérapeutique de soutien. (Figure 2) L'objectif est d'intégrer des suggestions adaptées à chaque individu pour favoriser des changements comportementaux et cognitifs durables.

RL2 examine un programme d'hypnothérapie en groupe structuré autour de six séances hebdomadaires de 90 minutes. Les techniques utilisées incluent la réorientation des comportements liés au tabagisme, des suggestions posthypnotiques pour renforcer la motivation, l'utilisation de métaphores, de la régression temporelle,

le développement de rituels de substitution et l'enseignement de l'auto-hypnose. Cette approche met en avant des interventions collectives tout en intégrant des éléments d'accompagnement individuel au sein du cadre de groupe.

RL3 se focalise sur une hypnothérapie individuelle selon un protocole standardisé. Elle comprend deux séances de 40 minutes, espacées de deux semaines. Les séances incluent des suggestions hypnotiques personnalisées et une introduction à l'auto-hypnose. Le protocole prévoit également la fixation d'une date d'arrêt du tabac pendant l'état de transe hypnotique, permettant au patient de s'engager activement dans son processus de sevrage.

Ces différentes approches d'hypnothérapie varient selon leur format (individuel ou en groupe), leur intensité (hypnothérapie brève ou intensive), et les techniques spécifiques utilisées (suggestions personnalisées, auto-hypnose, métaphores, régressions temporelles). Elles illustrent la richesse des outils hypnothérapeutiques disponibles pour répondre aux besoins diversifiés des patients dans le cadre de l'arrêt du tabac.

Article	Durée du programme	Séances	Format	Evaluation
RL 1	2 mois	8 séances (60 min chacune)	Individuel	Mesure du CO à 8, 12 et 26 semaines
RL2	6 semaines	6 séances (90 min chacune)	Groupe (8-9 participants)	Mesure du CO à 1, 3, 6 et 12 mois
RL3	2 semaines	2 séances de 40 min chacune	Individuel	Suivi téléphonique à 3, 6 et 12 mois

Tableau 2 : comparaison des protocoles des 3 études

5 Comparaison des résultats

RL1 présente des taux d'abstinence modérés à court terme, avec 40 % des participants abstinents à la fin du traitement (8 semaines), qui augmentent à 60 % à 12 semaines, mais chutent à 40 % à six mois. (Figure 3)

RL2 observe des taux d'abstinence continue relativement stables, avec 15 % des participants maintenus abstinents après un an, un taux similaire à celui obtenu avec la thérapie cognitivo-comportementale (15,6 %).

RL3 n'a pas montré de différence significative à long terme entre l'hypnothérapie et le groupe témoin. À court terme (3 mois), 21 % des participants du groupe hypnose étaient abstinents contre 6 % dans le groupe témoin. Cependant, à 12 mois, les taux

d'abstinence étaient très proches, avec 22 % dans le groupe hypnose et 20 % dans le groupe témoin.

	Abstinence à 8 semaines	Abstinence à 12 semaines	Abstinence à 3 mois	Abstinence à 6 mois	Abstinence à 12 mois
RL 1	40%	60%	X	40%	X
RL 2	X	X	X	X	15%
RL3	X	X	21%	18%	22%

Tableau 3 : comparaison des résultats

Discussion

1 Concernant les résultats

Batra *et al.* (RL2) rapporte que l'hypnothérapie présente une efficacité comparable à celle de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), avec des taux d'abstinence similaires à 12 mois. Cependant, l'hypnothérapie est plébiscitée par 70 % des participants de l'étude, ce qui pourrait influencer l'adhésion et la motivation.

Lambe *et al.* (RL3) montre que l'hypnothérapie semble initialement plus efficace que l'absence d'intervention structurée (groupe témoin), avec un taux d'abstinence de 21 % contre 6 % à 3 mois. Cependant, les taux convergent à 12 mois (22 % pour l'hypnothérapie contre 20 % pour le groupe témoin), suggérant que l'impact de l'hypnothérapie pourrait diminuer avec le temps.

Elkins *et al.* (RL1) met en avant l'hypnothérapie comme une alternative viable à la pharmacothérapie, notamment en raison de son absence d'effets secondaires rapportés. Contrairement aux substituts nicotiniques ou médicaments comme la varénicline, l'hypnothérapie offre une solution non pharmacologique pour les patients souhaitant éviter les effets secondaires ou les contraintes médicamenteuses. [26]

Les 3 articles reconnaissent les limitations de leurs études. L'absence de groupes témoins comme dans Elkins *et al.* limite la capacité à évaluer précisément l'efficacité spécifique de l'hypnothérapie par rapport à d'autres interventions ou à l'absence de traitement. De plus, la petite taille des échantillons constitue une limitation majeure, l'échantillon de RL1 est particulièrement restreint, ce qui réduit la portée de ses conclusions, tandis que celui de Lambe *et al.* bien que plus large, est marqué par un taux de décrochage élevé (seulement deux tiers des participants suivis à 12 mois). Lambe *et al.* (RL3) repose également uniquement sur des auto-déclarations, sans validation biologique de l'abstinence, ce qui peut introduire des biais. À l'inverse, Batra *et al.* se distingue par l'utilisation de mesures biologiques (monoxyde de carbone expiré), mais elle ne rapporte pas les résultats intermédiaires pour des périodes clés (1, 3, 6 et 9 mois), ce qui limite l'analyse dynamique de l'efficacité.

Enfin, toutes les études présentent des limitations méthodologiques communes. L'absence de standardisation complète des protocoles d'hypnothérapie complique la comparaison directe entre les études. Par ailleurs, la dépendance à la suggestibilité hypnotique des participants particulièrement mentionnée dans Batra *et al.* peut limiter l'application universelle de l'hypnothérapie. Ces limites, bien que significatives, mettent en lumière la nécessité d'études futures plus rigoureuses et standardisées pour confirmer le rôle de l'hypnothérapie dans le sevrage tabagique.

Pour pallier à ces limites, Elkins *et al.* met en avant la nécessité de recherches supplémentaires avant d'intégrer l'hypnothérapie comme traitement standard pour le sevrage tabagique. Les limitations liées à la petite taille de l'échantillon et à l'absence

de groupe témoin soulignent l'importance de confirmer ces résultats dans des contextes cliniques plus larges et diversifiés. Batra *et al.* recommande d'approfondir l'intégration de l'hypnothérapie dans les pratiques cliniques, en particulier en raison de la préférence des patients pour cette méthode. Cependant, elle souligne que des essais contrôlés randomisés supplémentaires sont nécessaires pour évaluer pleinement l'efficacité des protocoles actuels, notamment en examinant l'influence de la suggestibilité hypnotique et en testant des approches combinées avec d'autres interventions comme la pharmacothérapie. Lambe *et al.* insiste sur l'importance de renforcer le suivi des participants et d'introduire des vérifications biologiques de l'abstinence dans les protocoles futurs. Elle recommande également d'explorer des formats d'hypnothérapie adaptés aux contextes de soins primaires, où la simplicité et la faisabilité sont essentielles.

2 Variabilités des études

Une source majeure de divergence entre les résultats des études repose sur la variabilité des méthodologies utilisées. Certaines recherches incluent des séances standardisées, tandis que d'autres laissent une grande marge d'adaptation au praticien. Cette flexibilité peut introduire des biais et compliquer la comparaison des résultats. De plus, la durée du suivi varie considérablement, allant de quelques mois à un an, ce qui influe directement sur les taux de rechute rapportés. La diversité des profils des participants (âge, niveau de dépendance, facteurs psychologiques) est un autre facteur de variabilité qui complique l'interprétation des résultats.

L'adhérence au traitement a représenté un défi dans la RL2 car les participants n'ont pas tous terminé les six séances hebdomadaires prévues, bien que les évaluations régulières aient permis de suivre la progression de manière rigoureuse. Dans la RL3, un taux élevé de perdus de vue a été noté, avec seulement 60 participants sur les 90 initiaux disponibles pour l'évaluation à 12 mois. Ce décrochage a limité la possibilité d'évaluer pleinement l'efficacité à long terme. Bien que l'adhérence semble avoir été meilleure pour Elkins *et al.* (RL1) avec un programme structuré sur huit séances, les données à long terme au-delà de six mois sont absentes. Cependant, les marqueurs biologiques utilisés ont renforcé la fiabilité des données pour les suivis à court et moyen terme.

Concernant les facteurs démographiques et psycho-sociaux, Elkins *et al.* (RL1) et Batra *et al.* (RL2) ne présentent pas de différences significatives dans les résultats d'abstinence en fonction de facteurs démographiques tels que le sexe, l'âge ou le niveau d'éducation des participants. En revanche, Lambe *et al.* (RL3) souligne que le niveau d'éducation supérieur est un facteur prédictif de succès à long terme, les participants ayant un diplôme universitaire étant significativement plus susceptibles de maintenir leur abstinence. Lambe *et al.* n'identifie pas d'autres variables (le stress ou la présence de fumeurs dans l'entourage) comme ayant un impact significatif sur les résultats.

Toutes les études présentent une majorité de femmes dans leurs échantillons (entre 59,9 % et 80 %). Cette prédominance pourrait influencer les résultats puisque des différences de genre ont été observées dans les réponses aux thérapies de sevrage tabagique [27] (notamment avec une plus grande réceptivité des femmes aux approches psychologiques comme l'hypnothérapie) Une analyse critique devrait souligner que ces résultats peuvent ne pas être généralisables à l'ensemble de la population fumeuse, notamment les hommes.

Quant aux effets secondaires et la sécurité, Elkins *et al.* met en avant l'avantage de l'hypnothérapie par rapport à la pharmacothérapie, en soulignant l'absence d'effets secondaires majeurs associés à cette méthode. De plus, la sélection rigoureuse des participants, excluant les troubles psychiatriques graves, garantit un environnement sécurisé pour les séances. Une tolérance élevée de l'hypnothérapie en groupe a été relevée dans RL2 sans aucun effet indésirable majeur signalé. Les participants ont bénéficié d'un encadrement émotionnel au cours des séances, favorisant un sentiment de sécurité. Lambe *et al.* ne mentionne pas d'effets secondaires notables mais met en avant l'utilité de l'auto-hypnose enseignée lors des séances, qui pourrait aider les participants à mieux gérer le stress. Célestin-Lhopiteau et Bioy mettent en avant des données scientifiques démontrant l'efficacité de l'autohypnose dans la réduction du stress et l'amélioration du bien-être général. [28]

Les résultats des trois articles mettent en lumière l'efficacité potentielle de l'hypnothérapie dans le sevrage tabagique, avec des bénéfices notables en termes de tolérance et d'absence d'effets secondaires majeurs. Toutefois, des disparités en matière d'adhérence au traitement et de suivi à long terme limitent parfois la portée des conclusions. L'importance de facteurs tels que le niveau d'éducation, identifié comme prédictif de succès dans Lambe *et al.*, souligne la nécessité de mieux comprendre les éléments influençant la réussite de l'arrêt du tabac.

Des études ont démontré que les individus ayant un niveau d'éducation supérieur sont moins susceptibles de fumer et plus enclins à arrêter s'ils commencent. Une recherche menée aux États-Unis a révélé que chaque année supplémentaire d'éducation réduit la probabilité de fumer de 2,3 points de pourcentage et augmente la probabilité d'arrêt de 3,53 points de pourcentage.[29] Concernant l'utilisation de l'hypnothérapie pour le sevrage tabagique, les données spécifiques liant le niveau d'éducation universitaire à l'efficacité de cette méthode sont limitées. Bien que l'éducation universitaire soit généralement associée à une meilleure réussite dans le sevrage tabagique, il n'existe pas de preuves concluantes indiquant que cet effet est unique à l'utilisation de l'hypnothérapie. [30] L'éducation universitaire est donc un facteur influençant le tabagisme en général, mais son impact spécifique sur l'efficacité de l'hypnothérapie dans le sevrage tabagique nécessite davantage de recherches pour être pleinement compris.

3 Qualité méthodologique

L'évaluation de l'efficacité de l'hypnothérapie dans le sevrage tabagique présente plusieurs défis méthodologiques et contextuels pour réaliser cette revue systématique de littérature.

Le nombre restreint d'études sur l'hypnothérapie appliquée au sevrage tabagique limite la robustesse des conclusions. Beaucoup d'études souffrent de faibles échantillons et d'un manque de groupes témoins appropriés. Les études randomisées contrôlées restent rares, ce qui limite la puissance statistique des conclusions. [31]

De plus, dans plusieurs articles que j'avais présélectionné, les critères d'inclusion exigeaient que les participants consomment au moins 10 cigarettes par jour, excluant ainsi les fumeurs moins dépendants. Cette restriction peut biaiser les résultats en ne reflétant pas l'ensemble de la population fumeuse.

J'ai remarqué aussi l'exclusion fréquente des individus consommant d'autres substances psychoactives, telles que l'alcool ou le cannabis. Or, l'association entre tabac et alcool est bien documentée, avec une prévalence du tabagisme entre 83 et 100 % chez les personnes alcool-dépendantes. [32] Ne pas considérer ces co-consommations peut limiter la généralisation des résultats et négliger des facteurs influençant la réussite du sevrage.

J'ai volontairement exclu les études sur les patients présentant des pathologies graves, comme des maladies cardiovasculaires ou des cancers, par crainte que leur motivation accrue à arrêter de fumer ne soit liée à l'annonce de la maladie et n'influence les résultats. Cette exclusion vise à éviter un biais de motivation, mais elle limite la compréhension de l'efficacité de l'hypnothérapie chez ces populations spécifiques.

Malgré ces limitations, la collaboration entre chercheurs et l'utilisation de bases de données reconnues renforcent la fiabilité de la sélection des articles. Cette approche collaborative permet une évaluation critique et une sélection rigoureuse des études avec une méthodologie claire et reproductible.

Une autre limite notable est l'absence d'études évaluant l'efficacité de l'hypnothérapie sur le maintien de l'abstinence tabagique à long terme. La plupart des recherches se concentrent sur des suivis à court terme, ne permettant pas de déterminer si les patients rechutent ou maintiennent leur sevrage sur une période prolongée.

Dans le cadre des études cliniques, l'utilisation d'un groupe contrôle joue un rôle fondamental pour garantir la validité des résultats obtenus. Le groupe contrôle permet d'établir une comparaison fiable avec le groupe expérimental, réduisant ainsi les biais et attribuant avec précision les effets observés à l'intervention étudiée plutôt qu'à des variables extérieures. [33] Différents types de groupes contrôle peuvent être utilisés selon les objectifs de l'étude : les groupes placebo, les contrôles positifs ou négatifs, chacun ayant des implications spécifiques dans l'interprétation des résultats. [34] Par ailleurs, la participation volontaire des sujets constitue un pilier éthique incontournable,

assurant que chaque participant est pleinement informé des bénéfices et des risques de l'étude.

La taille des échantillons varie considérablement, influant directement sur la puissance statistique des études. [35] RL1, avec seulement 28 participants, souffre d'une faible puissance, limitant la capacité à détecter des effets significatifs. RL2, avec 359 participants, offre une meilleure base évaluative, tandis que RL3, bien que démarrant avec 280 participants, est affecté par un taux de perdus de vue élevé (40 % à 12 mois), compromettant la validité à long terme. L'article de Champely *et al.* met en avant deux exemples illustrant l'importance de la taille de l'échantillon et la puissance statistique dans les résultats d'une étude. [36] L'un des points clés abordés est la manière dont un grand échantillon peut conduire à des résultats statistiquement significatifs, même si la taille de l'effet est faible. Inversement, avec de petits échantillons, des résultats scientifiquement pertinents peuvent être non significatifs faute de puissance statistique suffisante. Cette disparité peut entraîner des biais dans l'interprétation des résultats, particulièrement dans les études en médecine ou en psychologie. L'article montre que, dans certains cas, un taux élevé de perdus de vue ou une taille insuffisante d'échantillon peut réduire considérablement la capacité à détecter des effets réels, faussant ainsi les conclusions. L'analyse de puissance et la taille d'effet sont donc présentées comme des outils essentiels pour évaluer la robustesse des études et planifier correctement la taille des échantillons afin de minimiser ces biais. Ces observations mettent en évidence l'importance de maintenir un suivi rigoureux des participants, particulièrement dans des études de grande envergure, afin de minimiser les biais potentiels liés aux pertes de vue.

Les outils d'évaluation diffèrent entre les études. Elkins *et al.* et Batra *et al.* s'appuient sur des mesures biologiques (CO expiré < 8 ppm) pour confirmer l'abstinence tabagique, renforçant la crédibilité des résultats. La mesure du monoxyde de carbone (CO) est couramment utilisée pour vérifier l'abstinence tabagique. Une étude de Jarvis *et al.* compare différentes méthodes de détection du tabagisme, notamment la mesure du CO expiré, et discute de leur efficacité pour confirmer l'abstinence tabagique. [37]

En revanche, Lambe *et al.* repose uniquement sur des auto-déclarations, susceptibles d'introduire un biais de désirabilité sociale. L'article de Paulhus [38] examine comment les désirs de présentation de soi peuvent influencer les réponses des participants, entraînant des biais dans les données auto-déclarées. Cet article explore les mécanismes par lesquels les participants peuvent modifier leurs réponses pour se conformer aux normes sociales ou pour se présenter sous un jour favorable, ce qui peut compromettre la validité des données recueillies par auto-déclaration.

Pour améliorer les recherches futures sur l'hypnothérapie dans le cadre du sevrage tabagique, plusieurs axes peuvent être envisagés. L'augmentation de la taille des échantillons en recrutant des cohortes plus larges est essentielle pour renforcer la puissance statistique et la représentativité des résultats, comme le souligne la méta-analyse de Chockalingam et Schmidt [39], qui a examiné 48 études portant sur 6 020 sujets et démontré une efficacité supérieure de l'hypnothérapie par rapport à d'autres méthodes de sevrage tabagique. La réduction du taux de perdus de vue pourrait être facilitée par des stratégies de rétention telles qu'un suivi régulier, des rappels

personnalisés ou des incitations à poursuivre l'étude, stratégies mises en avant dans l'étude de Monteiro [30], qui rapporte une baisse significative du nombre de cigarettes fumées six mois après l'intervention.

Les études en double aveugle sont essentielles pour évaluer l'efficacité des interventions thérapeutiques tout en minimisant les biais. Cependant, leur application dans le domaine de l'hypnothérapie, notamment pour le sevrage tabagique, présente des défis particuliers.

Par exemple, une étude prospective [40] contrôlée en simple aveugle a été menée pour évaluer l'efficacité de l'hypnose conversationnelle dans l'aide au sevrage tabagique en médecine générale. Dans cette étude, 58 patients ont été répartis en deux groupes : l'un recevant une intervention brève d'hypnose conversationnelle, l'autre un conseil bref d'arrêt. Les résultats n'ont pas montré de différence significative entre les deux interventions en termes de motivation au changement comportemental et de réduction de la dépendance à six mois. Cet exemple illustre la complexité de la mise en place d'études en double aveugle dans le cadre de l'hypnothérapie. La nature même de l'intervention rend difficile la création d'un placebo crédible, et l'absence d'aveuglement complet peut introduire des biais, affectant ainsi la validité des conclusions. Il est donc crucial de concevoir des protocoles rigoureux et adaptés pour évaluer l'efficacité de l'hypnothérapie, en tenant compte des spécificités de cette approche thérapeutique.

4 Sécurité et tolérance

L'hypnothérapie est généralement considérée comme une méthode sûre et bien tolérée pour le sevrage tabagique. Une revue Cochrane [41] souligne qu'il existe très peu de données probantes sur la question de savoir si l'hypnothérapie provoque des effets indésirables, mais les données existantes ne montrent pas de preuves en ce sens.

De plus, une étude pilote menée par Monteiro [30] n'a rapporté aucun effet secondaire négatif chez les participants ayant suivi une hypnothérapie pour arrêter de fumer. Ces éléments suggèrent que l'hypnothérapie peut être envisagée comme une option thérapeutique sans risque majeur pour les patients souhaitant cesser de fumer. Son caractère non invasif et non médicamenteux constitue un atout considérable. Les patients peuvent suivre les séances sans craindre les effets indésirables couramment observés avec les substituts nicotiniques ou les médicaments comme la varénicline.[42] Cet aspect peut également renforcer l'adhésion au traitement.

Batra *et al.* met en lumière une forte satisfaction des participants, avec plus de 70 % exprimant une préférence pour l'hypnothérapie par rapport à d'autres méthodes. Cette acceptabilité élevée peut être attribuée à plusieurs facteurs, la dimension relaxante des séances, qui contribue à réduire le stress et l'anxiété liés à l'arrêt du tabac [43], la personnalisation des suggestions hypnotiques, perçue par les patients comme une approche centrée sur leurs besoins spécifiques.

Un point intéressant à noter est l'impact de l'hypnose sur les facteurs psychologiques associés au tabagisme. Une étude pilote [30] a révélé que, bien que le taux d'arrêt complet du tabac à six mois soit faible, les patients ont rapporté une diminution significative du nombre de cigarettes fumées par jour, une réduction de la dépendance (évaluée par le score de Fagerström [44]) et une amélioration des symptômes dépressifs (mesurés par le score HAD [45]). Ces résultats suggèrent que l'hypnothérapie peut avoir des effets bénéfiques sur la gestion du stress et de l'anxiété, facilitant ainsi le processus de sevrage. Ainsi, même en cas de reprise du tabac, les bénéfices secondaires de l'hypnothérapie peuvent contribuer à une meilleure qualité de vie globale.

L'hypnothérapie, bien que hautement tolérable, pourrait présenter des conséquences sous plusieurs aspects, qu'ils soient psychologiques, physiologiques, ou comportementaux. [46] Une évaluation initiale du patient, un suivi post-séance et une collaboration multidisciplinaire sont essentiels pour prévenir et gérer ces effets. Cependant, la distinction entre les symptômes liés à l'arrêt du tabac et l'hypnothérapie sera une difficulté non négligeable.

5 Autres études sur l'hypnothérapie

Plusieurs études anglophones ont exploré l'efficacité de l'hypnothérapie dans le sevrage tabagique. Une revue Cochrane de 2019 [47] a analysé 14 essais contrôlés randomisés comparant l'hypnothérapie à d'autres méthodes d'arrêt du tabac. Les résultats n'ont pas montré de différence significative entre l'hypnothérapie et les autres interventions, suggérant que les preuves actuelles sont insuffisantes pour confirmer une supériorité de l'hypnose. En 2022, une revue systématique [48] a examiné des articles publiés entre 2012 et 2022, identifiant quatre études qui indiquent que l'hypnothérapie pourrait être supérieure à la thérapie de remplacement de la nicotine (NRT), mais pas nécessairement à la relaxation. La susceptibilité individuelle à l'hypnose semble jouer un rôle clé dans l'efficacité du traitement.

Une méta-analyse de 2021 [49] a également évalué l'impact de l'hypnothérapie sur le comportement de sevrage tabagique, mettant en lumière un effet statistiquement significatif en faveur de l'hypnose.

Enfin, une étude de cas menée en 2011 [50] a exploré l'efficacité des principes hypnothérapeutiques de base, appliqués sans induction formelle de transe. Cette recherche a révélé que ces techniques peuvent soutenir efficacement les individus dans leur démarche d'arrêt du tabac.

Ces recherches soulignent l'intérêt croissant pour l'hypnothérapie comme méthode d'accompagnement dans le sevrage tabagique, bien que des études supplémentaires soient nécessaires pour en valider pleinement l'efficacité.

6 Implication pratique et perspectives

Lors de l'utilisation de l'hypnothérapie pour le sevrage tabagique, il est essentiel de considérer non seulement l'efficacité directe de cette méthode, mais aussi son intégration dans un plan de soins global prenant en compte les antécédents médicaux et la santé générale du patient. Selon une revue Cochrane réalisée par Barnes *et al.* [47], l'hypnothérapie a été comparée à d'autres interventions comme les thérapies comportementales et les substituts nicotiniques, mais aucune différence significative n'a été trouvée en termes de taux d'abstinence à long terme.

L'accès aux soins, les croyances culturelles et les pratiques personnelles jouent également un rôle dans l'adhésion des patients au traitement. Batra *et al.* souligne l'importance de personnaliser l'accompagnement thérapeutique pour améliorer les résultats du sevrage tabagique, en mettant l'accent sur la nécessité d'un soutien éducatif et d'un suivi prolongé pour prévenir les rechutes.

L'hypnothérapie est reconnue pour ses effets bénéfiques sur les troubles anxieux et les addictions. Des recherches récentes ont montré que cette pratique peut réduire l'anxiété et les envies de fumer, bien que des résultats plus significatifs soient observés lorsque l'hypnose est combinée à d'autres approches psychologiques, comme l'a démontré une étude de Rosendahl *et al.* [46]

Cependant, malgré des résultats encourageants, l'efficacité de l'hypnothérapie dans le cadre du sevrage tabagique n'a pas été formellement établie. Une étude systématique menée par Andrean *et al.* [48] indique que, bien que certains patients rapportent une diminution du nombre de cigarettes fumées après six mois, les taux d'abstinence complète restent faibles.

Pour mieux comprendre l'impact réel de l'hypnothérapie, les futures recherches doivent s'orienter vers des essais cliniques rigoureux et randomisés. Barnes *et al.* [20] recommandent des études avec groupes témoins et placebo, afin d'évaluer l'effet direct de l'hypnose sur l'arrêt du tabac par rapport à d'autres approches.

Enfin, des études utilisant des outils de neuro-imagerie, comme l'IRM fonctionnelle, permettraient de mieux comprendre les mécanismes cérébraux impliqués dans l'hypnose et son rôle dans la réduction de la dépendance. Des recherches menées par Jiang *et al.* [51] ont révélé des modifications dans l'activation des régions cérébrales associées au contrôle des impulsions après des séances d'hypnothérapie, mettant en lumière le potentiel neurophysiologique de cette méthode.

Dans le cadre des perspectives d'évolution de l'hypnothérapie en France, la question du remboursement constitue un enjeu majeur pour sa reconnaissance et son intégration dans le parcours de soins. Actuellement, les séances d'hypnothérapie peuvent être partiellement remboursées par la Sécurité sociale lorsque celles-ci sont réalisées par un médecin généraliste ou spécialiste conventionné et formé à l'hypnose. Cette prise en charge s'inscrit dans le cadre du parcours de soins coordonnés, avec une prescription du médecin traitant, et permet un remboursement à hauteur de 70 % du tarif conventionnel, pour une consultation facturée 30€, après déduction de la

participation forfaitaire de 1 €. [52] Toutefois, la majorité des honoraires pratiqués par les hypnothérapeutes excède ce tarif conventionnel, engendrant des dépassements qui ne sont pas couverts par l'Assurance Maladie. [53]

En conséquence, une part significative du coût demeure à la charge du patient. Afin de pallier cette lacune, de nombreuses mutuelles de santé proposent des formules complémentaires qui peuvent inclure des forfaits annuels consacrés aux médecines douces, parmi lesquelles l'hypnothérapie, avec des niveaux de remboursement variables en fonction des contrats. [54] L'évolution future du remboursement des séances d'hypnothérapie pourrait passer par une reconnaissance accrue de ses bienfaits cliniques et par une intégration plus large dans les protocoles de soins pour certaines pathologies.

Conclusion

Cette étude a permis de mettre en lumière le potentiel de l'hypnothérapie comme stratégie d'aide au sevrage tabagique. Bien que les preuves actuelles suggèrent une efficacité prometteuse, elles restent limitées par l'hétérogénéité des résultats. L'hypnothérapie présente néanmoins plusieurs avantages notables, notamment une tolérance généralement favorable, l'absence d'effets secondaires significatifs, et une approche personnalisable qui peut s'intégrer comme complément à d'autres stratégies de cessation tabagique.

Les facteurs influençant le recours à l'hypnothérapie incluent la disponibilité des praticiens qualifiés, le coût de la prise en charge, ainsi que les préférences individuelles des patients et des professionnels de santé. Cependant, les variations observées dans les protocoles, les populations étudiées et les critères d'évaluation soulignent la nécessité d'études futures plus robustes pour établir des preuves solides de son efficacité.

Ces recherches devront porter sur la standardisation des protocoles thérapeutiques, l'utilisation de mesures objectives de l'abstinence tabagique et une meilleure compréhension des mécanismes psychologiques et neurobiologiques sous-jacents à l'efficacité de l'hypnothérapie.

Enfin, des suivis à long terme seraient nécessaires pour évaluer la durabilité des effets obtenus et pour intégrer l'hypnothérapie de manière optimale dans les pratiques cliniques en médecine générale. Ces recherches permettront de déterminer si l'hypnothérapie peut devenir une option de première ligne ou un complément efficace dans la lutte contre le tabagisme, un enjeu de santé publique majeur.

Références

1. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019 - The Lancet [Internet]. [5 oct 2024]. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(21\)01169-7/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(21)01169-7/fulltext)
2. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke [Internet]. [26 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>
3. Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *Lancet Lond Engl*. 15 mars 2014;383(9921):999-1008.
4. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 24 juin 2004;328(7455):1519.
5. Knoke JD, Burns DM, Thun MJ. The change in excess risk of lung cancer attributable to smoking following smoking cessation: an examination of different analytic approaches using CPS-I data. *Cancer Causes Control CCC*. mars 2008;19(2):207-19.
6. Clinical Strategies to Enhance the Efficacy of Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation: A Review of the Literature... [Internet]. [5 oct 2024]. Disponible sur: <http://ouci.dntb.gov.ua/en/works/42ygpn67/>
7. Carstens E, Carstens MI. Sensory Effects of Nicotine and Tobacco. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. 14 févr 2022;24(3):306-15.
8. La face cachée de la nicotine | CNRS Biologie [Internet]. 2021 [1 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.insb.cnrs.fr/fr/cnrsinfo/la-face-cachee-de-la-nicotine>
9. Édition professionnelle du Manuel MSD. [1 oct 2024]. Sevrage tabagique - Sujets spéciaux. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/sujets-speciaux/consommation-de-tabac/sevrage-tabagique>
10. Paul CL, Ross S, Bryant J, Hill W, Bonevski B, Keevy N. The social context of smoking: A qualitative study comparing smokers of high versus low socioeconomic position. *BMC Public Health*. 27 avr 2010;10(1):211.
11. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addict Abingdon Engl*. janv 2004;99(1):29-38.
12. Panel TU and DG. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. US Department of Health and Human Services; 2008.
13. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 14 nov 2012;11:CD000146.

14. Lund M, Kvaavik E, Mohamed H. Methods Used in Smoking Cessation and Reduction Attempts: Findings from Help-Seeking Smokers. *J Smok Cessat.* janv 2021;2021:e18.
15. Wheeler MS, Arnkoff DB, Glass CR. The Neuroscience of Mindfulness: How Mindfulness Alters the Brain and Facilitates Emotion Regulation. *Mindfulness.* 1 déc 2017;8(6):1471-87.
16. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing research and practice: the revised APA Division 30 definition of hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn.* 2015;63(1):1-9.
17. Hashim HT, Ramadhan MA. Hypnosis and Consciousness. In: Hashim HT, Alexiou A, éditeurs. *The Psychology of Consciousness: Theory and Practice* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2022 [7 oct 2024]. p. 109-17. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-030-90692-4_8
18. On the Nature of the Posthypnotic Suggestion | SpringerLink [Internet]. [7 oct 2024]. Disponible sur: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-88002-5_15
19. Green JP, Lynn SJ. Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: an examination of the evidence. *Int J Clin Exp Hypn.* avr 2000;48(2):195-224.
20. Barnes J, McRobbie H, Dong CY, Walker N, Hartmann-Boyce J. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 14 juin 2019;6(6):CD001008.
21. D M, A L, J T, Dg A. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* [Internet]. 21 juill 2009 [7 oct 2024];6(7). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19621072/>
22. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 5 déc 2016;5(1):210.
23. Sharma M, Sarin A, Gupta P, Sachdeva S, Desai AV. Journal Impact Factor: Its Use, Significance and Limitations. *World J Nucl Med.* 2014;13(2):146.
24. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) | Acta Endoscopica [Internet]. [10 janv 2025]. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03019434>
25. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health.* juin 1998;52(6):377-84.
26. Theodoulou A, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J, et al. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2023 [28 déc 2024];(6). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013308.pub2/full/fr>
27. Verplaetse TL, Morris ED, McKee SA, Cosgrove KP. Sex differences in the nicotinic acetylcholine and dopamine receptor systems underlying tobacco smoking addiction. *Curr Opin Behav Sci.* oct 2018;23:196-202.
28. Célestin-Lhopiteau I, Bioy A. Aide-mémoire - Hypnoanalgésie et hypnosédation - 2e éd.. en 43 notions. 2020 [5 janv 2025]; Disponible sur: <https://stm.cairn.info/hypnoanalgesie-et-hypnosédation--9782100793358>

29. Truong ST. The Effect of Education on Smoking Decisions in the United States [Internet]. arXiv; 2020 [6 janv 2025]. Disponible sur: <http://arxiv.org/abs/2011.14834>
30. Ecoffey C, Desrues B, Decaux O. Thèse soutenue à Rennes le 14 octobre 2016.
31. Barone C. Essais contrôlés randomisés. [6 janv 2025]; Disponible sur: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/evaluationpolpub/chapter/essais-controles-randomises/>
32. Les conséquences conjointes - www.Stop-alcool.ch [Internet]. [5 janv 2025]. Disponible sur: https://www.stop-alcool.ch/fr/risques-pour-la-sante-et-plus-2/alcool-et-tabac/alcool-et-tabac-les-consequences-conjointes?utm_source=chatgpt.com
33. T P. Astuces pour analyser le groupe contrôle d'une étude [Internet]. Réalités Cardiologiques. 2020 [5 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.realites-cardiologiques.com/2020/03/06/astuces-pour-analyser-le-groupe-controle-dune-etude/>
34. Salomão A. Groupe de contrôle : Les éléments clés de la recherche expérimentale [Internet]. Mind the Graph Blog. 2023 [5 janv 2025]. Disponible sur: <https://mindthegraph.com/blog/fr/groupe-temoin/>
35. Admin. STAT Inférentielle. 2024 [5 janv 2025]. Taille d'échantillon - Puissance - Nombre de Sujets Nécessaires. Disponible sur: <https://statinferentielle.fr/taille-dechantillon/>
36. Champely S, Verdot C. Que signifie la significativité statistique ? L'apport de la taille d'effet et de la puissance statistique: Staps. 23 août 2007;n° 77(3):49-61.
37. Jarvis MJ, Tunstall-Pedoe H, Feyerabend C, Vesey C, Saloojee Y. Comparison of tests used to distinguish smokers from nonsmokers. Am J Public Health. nov 1987;77(11):1435-8.
38. Paulhus DL. Two-component models of socially desirable responding. J Pers Soc Psychol. 1984;46(3):598-609.
39. Viswesvaran C, Schmidt FL. A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. J Appl Psychol. 1992;77(4):554-61.
40. Pougeon M. Utilisation de l'hypnose conversationnelle pour l'aide au sevrage tabagique en médecine générale : étude prospective sur 58 patients. 28 févr 2017;120.
41. L'hypnothérapie aide-t-elle les personnes qui essaient d'arrêter de fumer ? [Internet]. [30 déc 2024]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD001008/TOBACCO_lhypnotherapie-aide-t-elle-les-personnes-qui-essaient-darreter-de-fumer
42. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 [28 déc 2024];(5). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub5/full/fr>
43. Provençal SC, Bond S, Rizkallah E, El-Baalbaki G. Hypnosis for burn wound care pain and anxiety: A systematic review and meta-analysis. Burns J Int Soc Burn Inj. déc 2018;44(8):1870-81.

44. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* sept 1991;86(9):1119-27.
45. outil__echelle_had.pdf.
46. Rosendahl J, Alldredge CT, Haddenhorst A. Meta-analytic evidence on the efficacy of hypnosis for mental and somatic health issues: a 20-year perspective. *Front Psychol* [Internet]. 8 janv 2024 [30 déc 2024];14. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1330238/full>
47. Does hypnotherapy help people who are trying to stop smoking? [Internet]. [30 déc 2024]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/CD001008/TOBACCO_does-hypnotherapy-help-people-who-are-trying-stop-smoking
48. Andrean J, Makful MR. Hypnotherapy as a method of smoking cessation: a systematic review. *BKM Public Health Community Med.* 30 oct 2022;359-64.
49. Masters Program in Public Health, Universitas Sebelas Maret, Fauziyyah JN, Prasetya H, Study Program of Acupuncture, Health Polytechnics, Ministry of Health Surakarta, Murti B, Masters Program in Public Health, Universitas Sebelas Maret. Meta-Analysis: Hypnotherapy and Its Effect on Quitting Smoking Behavior. *J Health Promot Behav.* 2022;7(4):273-83.
50. Riegel B, Tönnies S. Hypnosis in Smoking Cessation: The Effectiveness of Some Basic Principles of Hypnotherapy Without Using Formal Trance — A Case Study. *J Smok Cessat.* 1 déc 2011;6:83-4.
51. Jiang H, White MP, Greicius MD, Waelde LC, Spiegel D. Brain Activity and Functional Connectivity Associated with Hypnosis. *Cereb Cortex.* 1 août 2017;27(8):4083-93.
52. Trellu J. Aide-Sociale.fr. 2021 [9 janv 2025]. Hypnose remboursement : quelle prise en charge d'un séance d'hypnose ? Disponible sur: <https://www.aide-sociale.fr/hypnose-remboursement/>
53. Séances d'hypnose : comment se faire rembourser ? [Internet]. [9 janv 2025]. Disponible sur: https://www.santieane.fr/mutuelle-sante/guides/remboursement-hypnose?utm_
54. Remboursement hypnothérapeute : tout savoir [Internet]. Mutuelle Conseil. [9 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.mutuelle-conseil.com/remboursement/medecin-specialiste/hypnotherapeute/>

Annexe 1 : PRISMA 2020

Section and Topic	Item	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	

Section and Topic	Item	Checklist item	Location where item is reported
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	

Section and Topic	Item	Checklist item	Location where item is reported
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. This work is licensed under CC BY 4.0. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Annexe 2 – Equations de recherches

PUBMED :

(Hypnosis OR hypnotism) AND ((smoking and addiction) OR (smoking and dependency) OR (smoking and abuse) OR (smoking and cessation) or tobacco) AND (primary care OR family practice OR family medicine OR general practice OR general medicine)

GOOGLE SCHOLAR :

(Hypnosis OR hypnotism) AND ((smoking and addiction) OR (smoking and dependency) OR (smoking and abuse) OR (smoking and cessation) or tobacco) AND (primary care OR family practice OR family medicine OR general practice OR general medicine)

Filtre : les dix premières pages

WEB OF SCIENCE :

(Hypnosis OR hypnotism) AND ((smoking and addiction) OR (smoking and dependency) OR (smoking and abuse) OR (smoking and cessation) or tobacco) AND (primary care OR family practice OR family medicine OR general practice OR general medicine)

EMBASE :

(Hypnosis OR hypnotism) AND ((smoking and addiction) OR (smoking and dependency) OR (smoking and abuse) OR (smoking and cessation) or tobacco) AND (primary care OR family practice OR family medicine OR general practice OR general medicine)

EXERCER :

(hypnose ou hypnothérapie) ET (sevrage tabac OU addiction tabac OU dépendance tabac) ET (soins primaires OU médecine familiale OU médecine générale)

Annexe 3 – Tableau d'extraction des données

<i>Références (titres, auteurs, années de publication, nom du journal, volume, page)</i>						
	Caractéristiques de la population	Caractéristiques de l'étude	Critères de jugement	Principaux résultats	Forces et limites	Niveau de preuve
RL	Méthodologie (critère éligibilité) Groupe d'âge Taille de l'échantillon	Type d'étude Financement Lieu et durée de l'étude	Critère de jugement principal Critères de jugements secondaires	Résultats	Biais Validité Interne et externe	Impact factor

Annexe 4 – Check liste de Black and Downs (traduite en français)

Check liste pour mesurer la qualité de l'étude	Oui	Non
1/ L'hypothèse / l'objectif de l'étude est-il clairement décrit ?		
2/ Les principaux résultats à évaluer sont-ils clairement décrits dans l'introduction ou la méthode ? <i>si les principaux résultats sont évoqués pour la première fois dans la section résultats, la réponse devrait être non.</i>		
3/ Les caractéristiques des patients inclus dans l'étude sont-ils clairement décrits ? <i>Dans les études de cohorte ou les essais, les critères d'inclusion et/ou d'exclusion devraient être donnés. dans les études cas témoins, la définition du cas et la source des contrôles devraient être données</i>		
4/ L'intervention d'intérêt est-elle clairement décrite ? <i>Les traitements et le placebo (le cas échéant) à comparer doivent être clairement décrits</i>		
5/ Les distributions des principaux facteurs de confusion dans chaque groupe à comparer sont-ils décrits clairement ? <i>Une liste des principaux facteurs de confusion est fournie</i>		
6/ Les principaux résultats de l'étude sont-ils clairement décrits ? <i>Des données de résultats simples (dénominateurs et numérateurs compris) doivent être rapportées pour toutes les principales constatations afin que le lecteur puisse vérifier les principales analyses et conclusions.</i> <i>Cette question ne couvre pas les tests statistiques considérés ci-dessous.</i>		
7/ L'étude fournit-elle des estimations de la variabilité aléatoire des données pour les principaux résultats? <i>Dans les données non normalement distribuées, l'intervalle interquartile des résultats doit être indiqué. Dans les données normalement distribuées, l'erreur-type, l'écart-type ou les intervalles de confiance doivent être signalés. Si la distribution des données n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et que la question devrait recevoir une réponse positive.</i>		

8/ Tous les événements indésirables importants pouvant être une conséquence de l'intervention ont-ils été signalés ? <i>Il faut répondre oui à cette question, s'il n'y a pas de perdus de vue ou si les perdus de vue sont si faibles que leur inclusion ne modifie pas les résultats. Il convient de répondre non à cette question lorsqu'une étude ne rapporte pas le nombre de patients perdus de vue.</i>		
9/ Les caractéristiques des patients perdus de vue sont-ils décrits ? <i>Il faut répondre oui à cette question, s'il n'y a pas de perdus de vue ou si les perdus de vue sont si faibles que leur inclusion ne modifie pas les résultats. Il convient de répondre non à cette question lorsqu'une étude ne rapporte pas le nombre de patients perdus de vue.</i>		
10/ Les valeurs de probabilité réelles ont-elles été rapportées (par exemple 0.035 plutôt que < 0.05) pour les principaux résultats, sauf lorsque la valeur de la probabilité est inférieure à 0,001 ?		

VALIDITE EXTERNE (tous les critères suivants tentent de répondre à la représentativité des résultats de l'étude et de déterminer s'ils peuvent être généralisés à la population à partir de laquelle les sous-thèmes de l'étude ont été tirés)		
11/ Les sujets ont-ils été invités à participer à l'étude représentative de l'ensemble de la population auprès de laquelle ils ont été recrutés ? L'étude doit identifier la population source pour les patients et décrire comment les patients ont été sélectionnés. Les patients seraient représentatifs s'ils comprenaient la totalité de la population source, un échantillon non sélectionné de patients consécutifs ou un échantillon aléatoire. <i>L'échantillonnage aléatoire n'est possible que lorsqu'une liste de tous les membres de la population concernée existe. Lorsqu'une étude ne rapporte pas la proportion de la population source à partir de laquelle les patients sont dérivés, la question doit être considérée comme incapable de déterminer.</i>		
12/ Est-ce que ces sujets qui étaient prêts à participer représentaient l'ensemble de la population dont ils étaient recrutés ? La proportion des personnes interrogées qui ont accepté devrait être indiquée. La validation de la représentativité		

de l'échantillon impliquerait de démontrer que la distribution des principaux facteurs de confusion était la même dans l'échantillon étudié et dans la population source.		
13/Le personnel, les lieux et les installations où les patients ont été traités étaient-ils représentatifs du traitement reçu par la majorité des patients ? <i>Pour que la question reçoive une réponse oui, l'étude doit démontrer que l'intervention était représentative de celle utilisée dans la population source. Il faudrait répondre non à la question si, par exemple, l'intervention avait été entreprise dans un centre spécialisé non représentatif des hôpitaux que fréquenterait la majeure partie de la population source.</i>		
VALIDITE INTERNE ET BIAIS		
14/ A-t-on tenté de rendre aveugles des sujets d'étude à l'intervention qu'ils ont reçue? <i>Pour les études où les patients n'auraient aucun moyen de savoir quelle intervention ils ont reçue, il faut répondre par l'affirmative.</i>		
15/ Une tentative a-t-elle été faite pour aveugler ceux qui mesurent les principaux résultats des interventions ?		
16/ si l'un des résultats de l'étude était basé sur un "dragage de données", cela était-il clair? <i>Toute analyse qui n'a pas été prévue au début de l'étude doit être clairement indiquée. Si aucune analyse de sous-groupe non planifiée rétrospective n'a été rapportée, alors répondez oui.</i>		
17/ Dans les essais et les études de cohorte, l'analyse est-elle adaptée aux différentes durées de suivi des patients ou, dans les études cas- témoins, le délai entre l'intervention et le résultat est-il le même pour les cas et les témoins? <i>Si le suivi était le même pour tous les patients de l'étude, la réponse devrait être oui. Si différentes longueurs de suivi ont été ajustées, par exemple, par analyse de survie, la réponse devrait être oui. Les études où les différences de suivi sont ignorées doivent recevoir une réponse non.</i>		

18/ Les tests statistiques utilisés pour accéder aux principaux résultats étaient-ils appropriés ? <i>Les techniques statistiques utilisées doivent être adaptées aux</i>		
---	--	--

données. Par exemple, des méthodes non paramétriques doivent être utilisées pour les échantillons de petite taille. Lorsque peu d'analyses statistiques ont été entreprises mais qu'il n'y a pas de preuve de partialité, il faut répondre par oui à la question. Si la distribution des données (normales ou non) n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et que la question devrait recevoir une réponse positive.		
19/ Le respect de l'intervention était-il fiable ? En cas de non-respect du traitement accordé ou en cas de contamination d'un groupe, il convient de répondre à la question non. Pour les études où l'effet de toute association à la nul, la question devrait recevoir une réponse oui.		
20/ Les principales mesures de résultats utilisées étaient-elles exactes (valides et fiables) ? Pour les études où les mesures de résultats sont clairement décrites, la réponse à la question doit être oui. Pour les études qui se réfèrent à d'autres travaux ou qui démontrent que les mesures de résultats sont exactes, la réponse devrait être oui		
VALIDITE INTERNE - CONFUSION		
21/ Les patients étaient-ils dans différents groupes d'intervention (essais et études de cohorte) ou les cas et les contrôles (études cas- témoins) étaient-ils issus de la même population ? Par exemple, les patients de tous les groupes de comparaison doivent être sélectionnés dans le même hôpital. Il faut répondre impossible à déterminer pour les études de cohorte et les études cas-témoins où il n'existe aucune information sur la source des patients inclus dans l'étude.		
22/Les sujets de l'étude étaient-ils dans différents groupes d'intervention (essais et études de cohorte) ou les cas et les contrôles (études cas-témoins) ont-ils été recrutés sur la même période ? Pour une étude qui ne précise pas la période pendant laquelle les patients ont été recrutés, la question doit être considérée comme incapable de déterminer		
23/ Les sujets d'étude ont-ils été randomisés en groupes d'intervention ? Les études indiquant que les sujets ont été randomisés doivent recevoir une réponse positive, sauf si la méthode de randomisation ne garantit pas une répartition aléatoire. Par exemple, une autre affectation donnerait une note nulle car elle est prévisible.		
24/ L'assignation d'intervention randomisée a-t-elle été dissimulée aux patients et au personnel de santé jusqu'à ce		

que le recrutement soit complet et irrévocable? <i>Toutes les études non randomisées doivent recevoir une réponse négative. Si l'affectation était dissimulée aux patients mais pas au personnel, la réponse devrait être non.</i>		
25/ Y a-t-il eu un ajustement adéquat pour la confusion dans les analyses à partir desquelles les principales conclusions ont été tirées? <i>Il faut répondre non à cette question pour des essais: les principales conclusions de l'étude reposent sur des analyses de traitement plutôt que sur l'intention de traiter; la distribution des facteurs de confusion connus dans les différents groupes de traitement n'a pas été décrite; ou la distribution des facteurs de confusion connus différait entre les groupes de traitement mais n'a pas été prise en compte dans les analyses. Dans les études non randomisées, si l'effet des principaux facteurs de confusion n'a pas été étudié ou si la confusion a été démontrée mais que l'ajustement n'a pas été effectué dans les analyses</i> <i>finales, la question devrait être répondue par la négative.</i>		
26/ Les pertes de patients à suivre ont-elles été prises en compte ? <i>Si le nombre de patients perdus de vue n'est pas indiqué, la question doit être considérée comme incapable de déterminer. Si la proportion de perdus de vue était trop faible pour affecter les principaux résultats, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		
PUISSANCE		
27/ L'étude a-t-elle eu suffisamment de puissance pour détecter un effet cliniquement important où la valeur de probabilité d'une différence était due à un hasard inférieur à 5%? la taille des échantillons a été calculée pour détecter une différence de x% et y%		

AUTEUR : Nom : AZMI Prénom : Zaki

Date de Soutenance : 31/01/2025

Titre de la Thèse : Efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique en médecine générale : Une revue systématique de littérature

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : Hypnosis ; addiction ; primary care

Résumé :

Contexte : Le tabagisme est l'une des principales causes de morbi-mortalité évitable à l'échelle mondiale. Malgré les multiples approches disponibles pour le sevrage tabagique, un grand nombre de fumeurs éprouvent des difficultés à arrêter de fumer. L'hypnose émerge comme une méthode complémentaire pour aider les patients à cesser de fumer. Compte tenu de ses perspectives positives, son efficacité nécessite encore d'être validée par des études plus approfondies en médecine générale. Cette revue systématique de littérature permettra de faire le point sur les connaissances actuelles dans ce domaine.

Matériel et Méthodes : Revue systématique descriptive de la littérature effectuée conformément aux recommandations internationales PRISMA. La sélection des articles a été réalisée à partir de quatre bases de données scientifiques : PubMed, Google Scholar, Web of Science et Embase.

Résultats : Sur 225 articles recueillis, 3 articles ont été choisis pour être analysés.

Conclusion : L'hypnothérapie a un potentiel prometteur dans le sevrage tabagique grâce à sa haute tolérance, l'absence d'effets secondaires majeurs, et sa personnalisation. Cependant, les preuves actuelles sont limitées par des études de qualité moyenne et des résultats hétérogènes. Des recherches robustes et des suivis à long terme, sont nécessaires pour standardiser les protocoles et évaluer son efficacité réelle.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseurs : Monsieur le Docteur Adnane DABRI

Directeur : Monsieur le Docteur Abdelmadjid KHEDIM