

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.



Maladie d'Alzheimer et Hypnose

Les apports de l'hypnothérapie dans le cadre du soutien psychologique des patients vivants en EHPAD.

Mémoire réalisé dans le cadre du Diplôme Universitaire « Hypnothérapie »

Responsable pédagogique: Antoine BIOY

Sommaire

I. Introduction.....	6
II. Revue Théorique des travaux et problématique	8
1. La maladie d'Alzheimer	8
a) Définition	8
b) Point neurologique	8
c) Les différents stades de la maladie	9
d) Les troubles cognitifs et psycho-comportementaux liées à la maladie d'Alzheimer	10
e) Des problématiques psychologiques complexes.....	11
f) De la complexité des problématiques à la complexité de la prise en charge	13
2. Les approches psychocorporelles, une réponse à la complexité clinique ?	14
a) La relaxation : transcendantale, massage, mobilisation passive.	15
b) Training Autogène	16
c) Musicothérapie.....	16
d) Danse-thérapie	16
e) Sophrologie.....	17
f) Pour synthétiser.....	17
g) Envisager l'Hypnose ?	18
3. L'Hypnose	18
a) Définition théorique	18
b) Point méthodologique.....	19
c) Hypnose et Alzheimer ?.....	21
III. Méthodologie de la recherche.....	24
1. Construction de l'échantillon de recherche : une démarche clinique.....	24
2. Caractéristiques descriptives des patients inclus	24
3. Présentation clinique des patients.....	25

a) Le cas de Mme H.....	25
b) Le cas de Mme R.....	26
c) Le cas de Mme C.....	28
IV. Résultats et données cliniques	31
1. Mme H. Séance d’Hypnose numéro 1.....	31
a) Préparation de la séance :	31
b) Déroulement de la séance et observations cliniques:	31
2. Mme R. Séance d’Hypnose numéro 1	35
a) Préparation de la séance :	35
b) Déroulement de la séance et observations cliniques:	36
3. Mme C. Séance d’Hypnose numéro 1.....	39
a) Préparation de la séance :	39
b) Déroulement de la séance et observations cliniques:	39
V. Discussion théorico-clinique.....	44
1. Des signes de transe hypnotique	44
2. Des Aspects méthodologiques facilitants	44
3. Les apports de l’Hypnose à l’accompagnement thérapeutiques des 3 patientes.....	45
a) Pour les patientes	46
b) Pour le psychologue	46
4. Discussion éthique	47
VI. Conclusion	49
VII. Bibliographie	50
VIII. Annexe	54
1. GIR : Présentation descriptive des 6 groupes iso-ressources	54

Résumé

Mots Clefs

I. Introduction

Psychologue en EHPAD¹, un grand nombre de mes patients est touché par la maladie d'Alzheimer.

Cette pathologie est bien souvent associée à des problématiques de douleurs chroniques, des troubles anxieux et de la dépression. Face à ces patients, ma pratique d'entretiens cliniques classiques est limitée par bien des aspects. L'Hypnothérapie, ayant montré son efficacité dans la prise en charge des troubles thymiques, cette approche semble une alternative d'accompagnement clinique pertinente et efficace.

L'approche hypnotique peut s'intégrer à différents cadres théoriques, entre autres aux concepts de psychologie sociale de la santé auxquels je me réfère quotidiennement. Le D.U d'Hypnothérapie me permet d'enrichir ma pratique clinique d'une nouvelle approche.

De nombreuses interrogations sont rapidement apparues: peut-on faire de l'Hypnose alors que le patient n'est pas en capacité de comprendre de quoi il s'agit ? L'Hypnose permet-elle de retrouver la mémoire ? Peut-on proposer l'Hypnose à des personnes souffrant de troubles de l'attention ? L'Hypnose est-elle efficace alors que le patient oublie, peut-être, son expérience hypnotique ? L'Hypnose peut-elle aider à diminuer les troubles du comportement ? Peut-on faire de l'Hypnose à tous les stades de la maladie ?...

Afin de répondre à certaines de ces questions, j'ai commencé à expérimenter l'Hypnose auprès de mes patients.

Dans ce mémoire nous allons envisagée l'Hypnose comme une approche thérapeutique dans l'accompagnement psychologique de patients âgés atteints de la maladie d'Alzheimer.

Sur ce sujet, une revue théorique des travaux est présentée.

Dans un premier temps, nous chercherons à définir la maladie d'Alzheimer, à décrire son évolution et les principaux troubles qui lui sont associés. Nous synthétiserons les problématiques spécifiques auxquelles le psychologue fait face en EHPAD.

¹ Etablissement d'Hébergement pour Personne Âgées Dépendantes

Dans un second temps, nous nous attacherons à faire une revue de la littérature concernant l'apport des approches psychocorporelles dans l'accompagnement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Dans un troisième temps, nous proposerons une définition théorique et méthodologique de l'Hypnose et nous chercherons à problématiser celle-ci comme une approche possibles dans la prise en charge des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Nous présenterons la méthodologie employée dans cette recherche :

- les conditions d'inclusion des patients dans cette recherche ;
- les caractéristiques de ces patients ;
- les demandes des patients et de l'équipe soignante et le cadre des séances d'Hypnose.

Les résultats et données cliniques seront exposés.

Pour chacun des patients, nous expliquerons comment les séances d'Hypnose ont été préparées et comment elles se sont déroulées.

Enfin, nous discuterons ses résultats sur le plan méthodologique, clinique, et éthique.

II. Revue Théorique des travaux et problématique

1. La maladie d'Alzheimer

a) Définition

Découverte en 1906 par Aloïs Alzheimer, la maladie d'Alzheimer est une affection du cerveau dite «neuro-dégénérative», c'est-à-dire qu'elle entraîne une disparition progressive des neurones et dans leur sillage, une altération des facultés cognitives : mémoire, langage, raisonnement, etc. L'extension des lésions cérébrales cause d'autres troubles qui réduisent progressivement l'autonomie de la personne.

La maladie d'Alzheimer (MA) est la cause la plus fréquente des démences (60% de l'ensemble des pathologies démentielles) et frappe près de 300 000 personnes en France. C'est une maladie du sujet âgé qui commence généralement après 60 ans et dont la prévalence croît de façon importante après l'âge de 75 ans. Le nombre de personnes âgées augmentant dans l'ensemble des pays occidentalisés, cette maladie constitue désormais un véritable enjeu émergent de santé publique (Gallarda & Roblin, 2009).

On associe souvent la MA à la perte de mémoire qui est la première faculté atteinte, mais l'extension des lésions cérébrales mène aussi à la disparition progressive des capacités d'orientation dans le temps et dans l'espace, de reconnaissance des objets et des personnes, d'utilisation du langage, de raisonnement, de réflexion...

b) Point neurologique

La MA résulte d'un processus pathologique spécifique qui entraîne le développement de deux types de lésions au niveau du système nerveux central.

- Les dégénérescences neurofibrillaires : apparition, au sein des neurones, d'anomalies de la protéine Tau.
- Les plaques amyloïdes ou « plaques séniles » : dépôt, en dehors des neurones, de la protéine Béta amyloïde.

Ces lésions envahissent progressivement les différentes zones du cortex cérébral. Elles sont longtemps silencieuses puis entraînent des manifestations visibles au fur et à mesure qu'elles se multiplient et touchent des zones importantes pour le fonctionnement cérébral (Association-France-Alzheimer).

c) Les différents stades de la maladie

Même si chaque cas est spécifique et si toutes les personnes ne sont pas affectées au même rythme et de la même manière, on peut néanmoins dégager schématiquement plusieurs étapes d'évolution de la maladie (Société-Alzheimer-Canada).

Le stade léger

Le stade léger de la MA, également appelé « stade précoce », désigne des déficits légers touchant des personnes de tous âges. A ce stade, les symptômes courants sont les pertes de mémoire, les difficultés à communiquer et les changements d'humeur et de comportement. Dans cette première phase de la maladie, le volume de l'hippocampe diminue de 25%. Les neurones de la zone s'occupant de faire le lien entre la mémoire à court terme et la mémoire à long terme sont partiellement endommagés. La personne voit ses capacités de mémorisation légèrement diminuées : elle a des oublis bénins de noms, ou d'évènements récents, et présente des difficultés pour acquérir de nouvelles informations. Les troubles de la mémoire à court terme augmentent à mesure que l'hippocampe continue de perdre des neurones et entraînent des difficultés dans l'organisation de la vie quotidienne (Association-France-Alzheimer).

Les personnes qui en sont à ce stade n'ont généralement besoin que de peu d'aide. Elles peuvent comprendre les changements qui se produisent et peuvent parler à d'autres personnes de leur expérience de la maladie. Elles peuvent également souhaiter aider à planifier et à orienter leurs soins futurs.

Le stade modéré

Avec le temps, plusieurs autres zones du cerveau sont à leur tour endommagées, notamment dans le cortex associatif temporo-pariéto-occipital, ce qui engendre des troubles des gestes, du langage et de la reconnaissance. Toutefois de nombreuses personnes conservent une certaine conscience de leur état. Les personnes atteintes du stade modéré de la MA auront besoin d'aide pour de nombreuses tâches quotidiennes. Ce stade est souvent celui qui paraît le plus long.

Le stade avancé

Le dernier stade de la MA est également appelé « stade avancé » ou « stade grave ». A ce stade de la maladie, les lésions cérébrales ayant progressé, la récupération d'informations ne peut quasiment plus se faire, la personne oublie alors les évènements et les informations de son passé. On observe un télescopage entre souvenirs anciens et événements récents. La personne finit par devenir incapable de communiquer verbalement ou de prendre soin d'elle-même. Elle ne peut plus penser ou entreprendre, seule, une activité. L'objectif des soins est alors de continuer à la

soutenir pour lui assurer la plus grande qualité de vie possible, le plus haut niveau de bien-être physique, mental et affectif.

La fin de vie

Lorsqu'une personne atteinte est au tout dernier stade de la maladie, l'accent devrait être mis sur la qualité plutôt que la durée de vie. Les soins palliatifs ou soins de confort, ont pour objet de répondre aux besoins de la personne dans son ensemble et ce, aux niveaux physique, affectif et spirituel.

À la fin de leur vie, la plupart des personnes sont hébergées dans un établissement de soins. Elles ont besoin d'une gamme étendue de soins, difficiles à assurer par les proches.

d) Les troubles cognitifs et psycho-comportementaux liées à la maladie d'Alzheimer

Plus qu'une simple maladie de la cognition avec dégradation progressive des facultés intellectuelles, la MA est aujourd'hui considérée comme une pathologie dégénérative pour laquelle il est impossible d'occulter la dimension psycho-comportementale. Cette dernière est devenue un sujet d'étude fondamental dans la prise en charge des patients. Elle est décrite sous les termes de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et dépend du degré de sévérité de la maladie. Ces troubles psycho-comportementaux sont présents dans la MA avec une fréquence proche de 90% (Lyketsos, Steele, & Steimberg, 2000); ils sont 3 à 4 fois plus élevés que chez les sujets âgés non déments (Lyketsos & Olin, 2002).

Tableaux synthétiques des différents troubles cognitifs et SCPD liés à la MA

TROUBLES COGNITIFS	SCPD
<p>Les troubles de la mémoire</p> <ul style="list-style-type: none"> -Troubles de la mémoire épisodique -Troubles de la mémoire du travail -Troubles de la mémoire à long terme -Troubles de la mémoire sémantique (<i>agnosie</i>) -Troubles de la mémoire procédurale 	<p>Les troubles thymiques</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'anxiété -L'apathie -L'irritabilité/instabilité de l'humeur -L'euphorie -La dépression
<p>Les troubles du langage</p> <ul style="list-style-type: none"> -Troubles de l'expression verbale (<i>manque du mot, passage du coq à l'âne...</i>) -Troubles de la compréhension verbale -Aphasie partielle à totale 	<p>Les troubles du comportement</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'agressivité/agitation -Le comportement moteur aberrant -Les troubles du sommeil et de l'alimentation -La désinhibition -Les idées délirantes et hallucinations
<p>Les troubles des fonctions exécutives</p> <ul style="list-style-type: none"> -Troubles de l'attention -Troubles de la planification -Troubles du raisonnement de la personne 	

e) Des problématiques psychologiques complexes

Les problématiques rencontrées par le psychologue en EHPAD face à la MA sont aussi variées et spécifiques qu'il y a de patients. Cependant, sans oublier le caractère singulier du vécu de la maladie, certains axes récurrents se dégagent. Il semble important de les souligner pour mieux décrire la réalité clinique rencontrée auprès de ces patients.

Il est indispensable de combattre l'idée commune selon laquelle la personne malade ne se rend compte de rien et donc ne souffre pas moralement de la situation vécue. La personne malade a parfois du mal à parler, cependant, elle peut, avec des expressions émotionnelles ou comportementales, exprimer son désarroi de ne plus comprendre le monde ou de dépendre des autres (Association-France-Alzheimer).

La MA représente une atteinte de l'image de soi que l'on peut qualifier d'intolérable. Elle génère une dépendance de plus en plus accrue. Cette perte d'autonomie semble souvent vécue par le patient comme une perte de liberté et une atteinte à sa personnalité. La détérioration de l'image de soi peut l'amener à refuser, parfois violemment, l'aide qui lui est proposée (cognitions sur soi). D'autre part, en institution, le patient fait face à un rétrécissement du monde dans lequel il

évolue. Les atteintes cognitives dont il souffre altèrent son jugement et peuvent l'amener à appréhender les personnes de son entourage comme menaçantes ou n'étant pas celles qu'elles prétendent être (cognitions sur l'environnement). De plus, la vision du futur, ou perspective temporelle future (Zimbardo & Boyd, 1999), disparaît parfois totalement des préoccupations du sujet ou se trouve uniquement axée sur un versant négatif (cognitions sur le futur).

On se trouve alors face à la triade de Beck (Steer, Rissmiller, & Beck, 2000) qui définit la dépression comme étant le résultat de distorsions dans trois domaines majeurs : cognitions sur soi, cognitions sur l'environnement, cognitions sur l'avenir.

Les symptômes dépressifs sont fréquents dans la MA (Bums, Jacoby, & Levy, 1990). Ils constituent, avec l'apathie et l'agitation/agressivité, les symptômes neuropsychiatriques les plus souvent rencontrés dans ce type de démence. De surcroît, plus le stade de démence est sévère, plus la prévalence de la dépression est importante ; les scores de dépression évoluent parallèlement au degré de démence (Arbus, et al., 2003). Par ailleurs, les antécédents de dépression sont un facteur de risque d'apparition de symptômes dépressifs dans la MA.

Les patients sont également affectés par l'anxiété, on observe une prévalence à 70% (Teri, et al., 1999).

Les troubles cognitifs liés à la MA rendent complexe la gestion du quotidien. Le patient éprouve des difficultés face à des situations banales ; tout peut devenir complexe et entraîner des situations d'échec qui suscitent une forte angoisse.

D'autre part, la présence d'anxiété et de dépression est liée à un fonctionnement quotidien « passif » (Bergua, Swendsen, & Bouisson, 2006), avec des contextes environnementaux moins variés (moins de fréquentation de lieux externes au domicile) et moins d'activités (courses, voyages, promenades).

Chez ces patients, dans le développement du trouble anxieux, il est donc difficile de discerner l'impact de la MA de celui d'un fonctionnement quotidien passif.

Les symptômes anxieux et dépressifs sont présents chez la majorité des patients souffrant de MA mais leur identification peut s'avérer difficile : « Les chevauchements symptomatiques entre les deux affections sont communs (difficultés de concentration, anorexie, apathie, ralentissement psychomoteur...) et l'expression de la sémiologie dépressive varie elle-même en fonction de multiples paramètres cliniques (personnalité pré-morbide, qualité de l'étayage familial et social, comorbidités somatiques et addictives, stade évolutif de la démence...) »(Gallarda & Roblin, 2009).

L'errance est un phénomène récurrent en institution (Société-Alzheimer-Canada). Les causes du phénomène d'errance sont multiples : la personne semble ressentir le besoin de marcher, d'aller de l'avant, c'est-à-dire d'être active, d'être dans une dynamique de vie. Elle peut aussi, ne reconnaissant pas son environnement ou éprouvant un mal-être, vouloir sortir à la recherche d'un ailleurs. Ce désir légitime se conjugue avec la difficulté qu'elle a pour s'orienter. Elle risque de ne plus avoir la possibilité de maîtriser la situation.

Des troubles du schéma corporel apparaissent parfois. La personne ne localise plus correctement les différentes parties de son corps, ce qui engendre un ressenti troublé de la douleur. Le patient identifie mal la localisation de sa douleur, ne peut pas l'expliquer de manière efficace et se trouve, alors, face à une incompréhension de l'équipe soignante. Ces troubles du schéma corporel viennent renforcer les troubles thymiques et les troubles du comportement.

f) De la complexité des problématiques à la complexité de la prise en charge

« La psychologie du sujet âgé est une clinique de la complexité, avec des intrications symptomatiques omniprésentes, des comorbidités somatiques multiples, des antécédents psychiatriques à prendre en compte, de même que la personnalité pré-morbide, l'histoire familiale et conjugale. Entre enfin souvent en jeu une iatrogénie multifactorielle, à la fois psychotrope et somatique » (Gallarda, 2011).

En admettant que l'on arrive à y voir clair dans la complexité de la problématique singulière d'un patient, comment organiser son accompagnement ? Le psychologue se trouve confronté à une multitude d'obstacles. J'exposerais, ici, mon cheminement réflexif dans cette clinique du patient âgé souffrant de la MA.

Analyse des demandes

Aux vues des troubles du raisonnement et du langage dont il souffre, il est souvent difficile d'appréhender si le patient est porteur d'une demande. Il s'agit de l'observer finement et de considérer que les troubles thymiques et/ou du comportement peuvent être l'expression d'une demande implicite. Dans l'idéal, l'analyse de la demande du patient se construit en interdisciplinarité. Mais, parfois, quand une demande est mise à jour, il s'agit de la transmettre, voire de la défendre, auprès de l'équipe soignante, ce qui pose la question du positionnement du Psychologue en EHPAD.

L'équipe soignante est également très souvent porteuse de demande vis-à-vis du patient, généralement en termes de diminution des troubles du comportement. Cela s'explique par les répercussions de ses troubles sur leur charge de travail et sur la qualité de vie des autres résidents.

Plan thérapeutique

L'enjeu est de proposer un plan thérapeutique ou tout au moins un plan clinique, permettant de synthétiser les différentes demandes. Ce point me semble essentiel pour la sauvegarde de la posture du psychologue et de son cadre éthique. Si la demande du patient est à prioriser, il ne s'agit pas d'éluder la demande de l'équipe, sans quoi le travail interdisciplinaire, essentiel au bon accompagnement du patient en EHPAD, serait mis en danger.

La question de la mise en œuvre de ce plan se pose alors. Comment dépasser les difficultés de communication verbale du patient ? Comment adapter les outils cliniques aux troubles cognitifs rencontrés ? Comment médiatiser la relation intersubjective et construire une bonne alliance thérapeutique ? Enfin, comment gérer le suivi dans le temps, en tenant compte des troubles de la mémoire des patients ?

2. Les approches psychocorporelles, une réponse à la complexité clinique ?

On parle d'approches psychocorporelles pour désigner les méthodes qui appréhendent l'être humain, à la fois, dans ses dimensions psychologique et corporelle. Ces approches thérapeutiques utilisent trois axes simultanés :

- L'action présente, en s'intéressant davantage au "comment" de la difficulté actuelle de la personne, au détriment du "pourquoi" (les causes anciennes de la difficulté notamment).
- Une attention sélective, parfois à l'aide d'un état de conscience modifié.
- Un travail avec le corps, par exemple à l'aide de mouvements (des membres, des yeux, du corps tout entier), d'une respiration dirigée (souvent au niveau de l'abdomen), d'un travail sur la posture. (Célestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet, 2006).

Au regard de ce que nous avons décrit précédemment sur la MA, les approches psychocorporelles semblent appropriées pour ces patients.

Tout d'abord, la centration sur l'action présente ne nécessite pas la reconstruction biographique de l'étiologie de la souffrance psychique, levant ainsi, pour partie, le frein des troubles de la mémoire.

D'autre part, la mise en avant du travail avec le corps peut permettre de contourner le frein des troubles du langage à toutes thérapies verbales. En effet, « la médiation corporelle représente un mode de relation immédiat pour des patients dont l'accès aux échanges verbaux devient de plus en plus problématique, voire inaccessible. Si la parole est habituellement l'outil premier du

psychologue, elle devient caduque au fur et à mesure de l'évolution de cette maladie. Les psychothérapies à médiation corporelle peuvent alors servir de relais, dans un but de restauration affective et de stimulation sensorielle, dans un cadre relationnel contenant » (Hoenner & Gardey, 2004).

La littérature nous apprend qu'un certain nombre d'approches psychocorporelles ont été testées auprès d'une population âgée atteinte de la MA. Nous allons maintenant synthétiser l'apport de ces recherches.

a) La relaxation : transcendantale, massage, mobilisation passive.

La relaxation est « un état de détente portant principalement sur l'activité myotonique et le système neuro-végétatif pendant lequel des changements de nature somatique et psychologique peuvent survenir naturellement ou être induits. C'est une expérience subjective de suspension du fonctionnement habituel de l'individu, une pause. Elle est accompagnée par un état de conscience modifiée semblable à l'état hypnagogique qui caractérise le passage de la veille au sommeil. » (Fromage, 2001). Selon certains auteurs, la détente du corps est un préalable à la découverte de soi, à l'échange avec autrui à travers la relation établie avec le relaxateur (Ajuriaguerra, 1964). La relaxation permettrait concrètement à la personne âgée de ne plus se vivre comme soumise et subissant son corps, son environnement, son âge, son institutionnalisation...(Fromage, 2001).

Hoenner & Gardey (2004) partent du constat que la démence sénile de type Alzheimer présente la particularité de préserver relativement longtemps l'intégrité corporelle des patients. Leur travail tend à montrer qu'une restauration du schéma corporel, soutenant l'image du corps, pourrait, au moins à court terme, renouer certains liens psychiques. Les thérapies à médiation corporelle qu'ils ont utilisées (massage, mobilisation passive et relaxation transcendantale) avec des patients âgés atteints de démence sévère apportent un certain nombre d'indices prometteurs pour une prise en charge plus efficiente de cette pathologie. Ils ont constaté que des verbalisations, sous forme de phrases courtes, claires, précises et souvent bien situées temporellement, sont ainsi déclenchées. Apparaissent aussi des expressions d'émotions, associées ou non à une verbalisation, ou encore des imitations gestuelles. De plus, ils notent que les séances sont accueillies avec plaisir par les patients, entraînant non seulement un relâchement corporel, mais aussi une dissipation de l'angoisse. Enfin, une autre conséquence, et non des moindres, réside en une revalorisation certaine de l'estime de soi, dans la mesure où quelqu'un est enfin, là, à l'écoute.

A l'inverse, d'autres auteurs soulignent que seules les personnes ayant conservé des ressources intellectuelles nécessaires pour suivre les consignes peuvent faire usage de la relaxation, limitant son utilisation aux stades léger ou modéré de la MA (Léger, Tessier, & Mouty, 1989).

b) Training Autogène

Le training autogène (ou "méthode de relaxation par autodécontraction concentrative") doit être compris comme un entraînement à l'autohypnose qui permet une réduction des tensions et du stress. « La décontraction musculaire et viscérale est un moyen pour accéder à une détente mentale. Les inductions sont effectuées à partir de la suggestion de l'expérience de pesanteur, de chaleur, de rythme cardiaque et respiratoire. C'est une pensée concentrée sur l'expérience qui crée cet état. » (Fromage, 2001). Le training autogène présente des effets bénéfiques sur le fonctionnement physiologique et psychologique (Ranty, 1990). Les effets du training autogène ont été testés auprès de personnes âgées dépendantes ; les participants ayant un syndrome démentiel ont eu des difficultés à apprendre la technique, cependant des effets positifs sur leur bien-être général ont été mis à jours (Kircher, Teutsch, Wormstall, Buchkremer, & Thimm, 2002). Les mêmes effets ont été constatés sur des patients souffrants de comorbidités psychiatriques importantes (Kircher, Stetter, & Wormstall, 1997). Le caractère autogène de l'approche pose la question de son appropriation par les personnes souffrant de la MA.

c) Musicothérapie

La musicothérapie est considérée par certains auteurs comme une approche psychocorporelle, telle que l'Hypnose, la sophrologie et la relaxation en général (Guetin, Coudeyre, Picot, & al., 2005). Elle peut se définir comme l'utilisation intentionnelle des propriétés et du potentiel de la musique et de son impact sur l'être humain (Munro & Mount, 1978). Elle est souvent utilisée dans le traitement de l'anxiété, de la dépression et des troubles cognitifs. Elle peut permettre à un patient présentant des troubles cognitifs, de stimuler, d'utiliser et de découvrir ses capacités restantes. Cette approche psychothérapeutique favorise la mise en place d'un étayage affectif. La technique la plus utilisée dans le cadre des démences est la musicothérapie réceptive de type « relaxation » (Guetin, et al., 2009).

d) Danse-thérapie

La danse-thérapie est une méthode de soin qui utilise la danse comme un objet médiateur dans la relation thérapeutique. « La danse devient une thérapie dès lors que des objectifs de traitements sont posés et qu'ils sont adaptés à la pathologie, aux besoins et à la réalité du patient. Ces

objectifs s'inscrivent au niveau du développement moteur, psychique, cognitif et social du sujet » (Muller-Pinget & Golay, 2008).

Une étude pilote auprès de personnes âgées atteintes de démence, a montré que l'utilisation de la danse, comme une intervention psychologique axée sur le corps, a un impact positif sur le bien-être général des participants, sur leur humeur, ainsi que sur l'amélioration de la concentration et de la communication avec d'autres personnes (Hamill, Smith, & Rohricht, 2012).

e) Sophrologie

La sophrologie a été inventée par Alfonso Caycedo. « Elle s'intéresse à l'étude de la conscience individuelle, dans une approche phénoménologique qui veut tenir compte de l'historicité de chacun » (Chatillon & Declerck, 2009). Cette méthode insiste plus particulièrement sur le rôle de la respiration et des exercices basés sur la constitution et l'utilisation d'images mentales. La sophrologie permettrait « le développement d'une forme particulière d'attention dans un état proche du sommeil exprimé sur le plan neurophysiologique par une diminution de la vigilance [...]. » L'attention n'est plus hyperfixation mais comme flottante (Thouraille, 1994). La littérature nous permet d'identifier la sophrologie comme un outil adapté pour les personnes âgées en fin de vie, en particulier pour travailler les problématiques d'anxiété et de dépression (ayant une comorbidité importante avec la MA). Elle semble répondre au besoin de diminuer l'anxiété, de permettre à la personne de mobiliser des ressources jusqu'au bout de sa vie et de réussir à se décentrer de sa maladie (Ducloux, 2006).

Certains auteurs décrivent cette approche comme pertinente dans le cadre de la MA. Selon eux, « La pratique de la sophrologie va être d'abord pour le patient une manière nouvelle de rencontrer son corps : non plus un corps que j'ai, mais un corps que je vis. Et surtout, le sujet malade va intégrer sa douleur ou sa souffrance dans la conscience globale de son schéma corporel » (Etchelecou, et al., 2012).

f) Pour synthétiser

On peut dire que les approches psychocorporelles révèlent des atouts pour l'accompagnement psychologique d'une population âgée atteinte de MA. Plus particulièrement elles montrent un impact positif sur :

- le bien-être général des patients
- le relâchement corporel
- la dissipation de l'angoisse
- l'expression émotionnelle

Les limites mises à jour résident, principalement, dans la difficulté à mettre en œuvre ces approches auprès de patients à un stade avancé de la maladie.

g) Envisager l'Hypnose ?

Gérard Salem, considère l'Hypnose comme une forme de psychothérapie corporelle, puisqu'elle aborde à la fois l'axe somatique et l'axe psychique des patients (Salem, 2012). Aussi, l'Hypnose, en tant qu'approche psychocorporelle, peut être envisagée comme utile dans l'accompagnement des patients âgés atteints par la MA.

Il s'agit dans un premier temps de définir l'Hypnose sur le plan théorique puis méthodologique et dans un second temps de se questionner sur la pertinence de l'intégration de cette approche dans l'accompagnement clinique de ces patients.

3. L'Hypnose

a) Définition théorique

L'Hypnose peut se définir comme un « état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi » (Bioy, Wood, & Célestin-Lhopiteau, 2010).

Dans cette définition, la notion de champ de conscience élargi renvoie à une forme « d'état de conscience modifié » ou « veille paradoxale » qui permet au patient d'être à la fois détendu et très attentif à l'égard de ces perceptions dans l'ici et maintenant. Cet état de conscience particulier, dit aussi de dissociation, « amplifie la perception de certaines composantes de l'expérience vécue tout en diminuant la perception d'autres composantes », il est une compétence naturellement présente chez l'individu mais qui est intentionnellement provoqué en Hypnose (Salem, 2012).

D'autre part, la définition met l'accent sur le caractère relationnel de l'Hypnose. C'est par la relation avec le thérapeute (processus de communication, création de l'alliance thérapeutique, rencontre de deux subjectivités, ...) que l'Hypnose revêt son caractère thérapeutique.

Bien que l'expérience hypnotique soit vécu de façon singulière et individuelle, l'état d'hypnose se caractérise généralement par une sensation de détente, une attention soutenu (à l'égard de perceptions, d'émotion ou même d'une tâche à réaliser), une perte momentanée de l'orientation habituelle dans le temps et l'espace, une diminution de l'autocensure et une impression de réponses automatiques, sans effort (Bioy, Wood, & Célestin-Lhopiteau, 2010).

L'Hypnose permet d'engendrer « un phénomène de bascule entre réalité et imaginaire » (Bioy, Wood, & Célestin-Lhopiteau, 2010). Le patient se trouve en même temps ancré dans sa réalité et

dans son imaginaire. Il se trouve dans une situation où il est « à la fois présent physiquement et absent mentalement et pourtant conscients de l'ensemble ».(Fromage, 2001)

L'efficacité thérapeutique de l'Hypnose se rapproche de celle de la relaxation telle que décrite par Fromage : c'est en parvenant à un état de conscience modifiée que l'individu serait témoin de ce dans quoi il est engagé alors qu'habituellement il ne s'en rend pas compte. Ce qui permettrait de vivre une expérience et en même temps de l'observer. « Comme si l'individu en cours de séance expérimentait sa capacité à dénouer d'anciens liens, à en établir de nouveaux, et explorait une faculté à s'attacher et à se détacher, à examiner le caractère « double » de toute expérience. » (Fromage, 2001). Dit autrement, ce sont les processus perceptifs et les capacités de symbolisation du sujet qui sont mis au premier plan, alors que l'intellectualisation passe au second plan. Accompagné par le thérapeute, le patient va mieux gérer voire contourner ses défenses psychiques (Bioy, Wood, & Célestin-Lhopiteau, 2010).

Pour mieux comprendre ce qu'il se passe, on peut s'appuyer sur le travail de théorisation de l'Hypnose fait par Jean Roustang. Il théorise l'état hypnotique comme « veille paradoxale » (en référence au sommeil paradoxal pendant lequel l'être humain rêve). L'Hypnose permet à « l'imagination de se déployer pour transformer nos relations avec les êtres ou les choses ». Elle est une manifestation de la compétence innée de l'humain à ordonner le monde. L'Hypnose comme « réservoir des possibles »² est une approche privilégiée pour pénétrer l'imaginaire comme moteur du rapport au monde. Sur le plan théorique donc, selon Roustang, c'est ainsi que l'état de veille paradoxale, l'Hypnose, est susceptible d'opérer des transformations dans l'existence (Roustang, 2003). Dit plus simplement « l'utilisation des processus imaginatifs influe sur la façon dont une réalité va être perçue et vécue par le patient » (Bioy, Wood, & Célestin-Lhopiteau, 2010).

On peut donc dire que si l'état de conscience modifiée est naturel, l'expérience hypnotique n'en est pas moins insolite. L'Hypnose plonge le sujet (accompagné de son thérapeute) dans des dispositions perceptives, émotionnelles et cognitives particulière lui permettant de laisser émerger des solutions nouvelles.

b) Point méthodologique

Etant entendu de l'intérêt de l'approche hypnotique dans le champ de la psychothérapie, comment provoquer ou entretenir l'état d'hypnose ? Deux procédés hypnotiques principaux se détachent : d'un côté les techniques dites d'induction, de l'autre les techniques dites de suggestion (Bioy, Wood, & Célestin-Lhopiteau, 2010 ; Salem, 2012).

²Selon l'expression de Milton Erickson cité par Roustang, 2003.

Les techniques d'induction

L'induction est généralement le moyen utilisé pour accéder à l'état de conscience modifié, la porte d'entrée en Hypnose. Il s'agit de proposer au sujet de focaliser toute son attention sur un stimulus sensoriel particulier, alors qu'en état de conscience habituel, l'attention balaye en permanence l'espace sensoriel du sujet. Il s'agit d'une vigilance optimum à une sensation unique (Roustang, 2003). Le stimulus prend, peu à peu, un caractère monotone provoquant une baisse de l'activité sensorielle et motrice. « Ceci entraîne une baisse de l'attention au monde environnant et ouvre en quelque sorte le paysage intérieur du sujet » (Salem, 2012) le sujet « rentre alors dans une relation intuitive, instinctive au monde, à son corps et à lui-même » (Bioy, Wood, & Célestin-Lhopiteau, 2010).

On peut proposer au sujet de fixer toute son attention sur un stimulus :

- visuel (ex : un point en face de lui) ;
- auditif (ex : le bruit de la soufflerie de l'ordinateur) ;
- cénesthésiques (ex : la sensation de sa respiration) ;
- olfactif (ex : l'odeur d'un bouquet de fleur) ;
- gustatif (ex : le goût d'une madeleine).

Il peut être utile de se faire une idée de l'éventuel canal sensoriel « préférentiel » du patient³.

Pour induire l'Hypnose on peut aussi invoquer un souvenir, un lieu agréable ou de sécurité (safe place⁴) et l'explorer, en imagination, à l'aide des différents canaux sensoriels. Il est aussi possible d'utiliser les mouvements du corps comme la lévitation du bras⁵ ou, à l'inverse, la catalepsie du bras⁶. Ces deux dernières inductions sont utiles lorsque le patient a du mal à se sentir en Hypnose (Bioy, Wood, & Célestin-Lhopiteau, 2010), lors d'une première séance pour surprendre le patient ou pour induire l'Hypnose rapidement (Salem, 2012).

³ On peut pour cela s'appuyer sur l'échelle VAKOG du diagnostic sensoriel ou sur l'observation fine des expressions et images verbales utilisés par le sujet (ex : ça me sort par les yeux, il me casse les oreilles, j'ai un poids sur l'estomac, ça me dégoute...). Ceci-dit, dans le cadre thérapeutique, le plus intéressant reste, peut-être, d'explorer avec le patient les différentes inductions sensorielles et d'évaluer avec lui les inductions avec lesquelles il se sent le plus à l'aise.

⁴ « Endroit imaginaire exploré en Hypnose, où le sujet construit un sentiment important de sécurité interne et de protection. La safe place n'est pas le « lieu ressource » ou « de détente » mais peut permettre au patient, secondairement, de ressentir également au moins l'une de ces deux dimensions » (Institut-Français-d'Hypnose).

⁵ Le thérapeute invite le patient à porter son attention sur la légèreté de son bras, puis sur d'éventuel petit mouvement dans la main ou le bras, les laisser s'amplifier jusqu'à ce que le bras se soulève (Bioy, Wood, & Célestin-Lhopiteau, 2010).

⁶ Le thérapeute tient le poignet du patient, le soulève, coude plié, pendant un certain temps, puis il relâche le poignet, peu à peu, généralement le bras reste dans la même position (Salem, 2012).

Les techniques de suggestion

« La suggestion est un phénomène banal de communication quotidienne. Elle consiste en un message destiné à influencer l'interlocuteur, dans sa pensée, ses émotions, ses motivations, ses comportements » (Salem, 2012). Il s'agit de faire naître une idée, une sensation, dans l'esprit du patient en l'évoquant, en l'insinuant. Tous les canaux de communication « suggèrent ». Par exemple, lorsque l'on appuie son dos contre le dossier de sa chaise afin d'être confortablement installé, on suggère au patient d'en faire de même.

On distingue deux grandes familles de suggestions :

- Les suggestions directives

Le thérapeute énonce clairement et sans détour ce qu'il souhaite observer chez le patient : « lorsque j'aurais compté jusqu'à dix vos yeux seront fermés et vous serez tout à fait détendu ». Elles peuvent aussi concerner un comportement ou un changement que le thérapeute souhaite voir advenir après la séance : c'est ce que l'on appelle une suggestion post hypnotique (ex : « dans les jours à venir vous aurez plus de facilité à vous lever le matin »).

- Les suggestions indirectes

Le thérapeute n'énonce pas ouvertement l'objectif de la suggestion. Celle-ci est formulée de façon permissive, non pas comme un ordre mais bien comme une proposition. Les suggestions indirectes sont « particulièrement utiles lorsqu'on doit faire face à ce qu'on appelle communément la « résistance » à l'Hypnose ou à la thérapie » (Rossen, 1986).

Hormis l'imagination du thérapeute, il n'y a pas de limite à la suggestion. Il s'agit d'adapter la suggestion à la situation et à la problématique du patient. Un principe général de l'Hypnose contemporaine est de « ne pas se cantonner dans les rituels standardisés de l'Hypnose traditionnelles, [...] aucun procédé n'est en soi applicable pour tous » (Salem, Les techniques hypnotiques, 2012). Il s'agit au contraire d'adapter la technique hypnotique à la singularité de la situation en tenant compte de l'état émotionnel du sujet, de son système de représentations, de sa personnalité, de sa problématique, du contexte de l'intervention, de la relation patient-thérapeute... Sans quoi l'approche perd son caractère thérapeutique. Il s'agit bien, là, du caractère éminemment réflexif du psychologue qui n'est en aucun cas un technicien de la psyché.

c) Hypnose et Alzheimer ?

L'Hypnose est couramment indiquée pour faire face aux divers troubles anxieux et dépressifs (Bioy, Wood, & Célestin-Lhopiteau, 2010). Hors, comme nous l'avons décrit plus haut, ces

troubles représentent les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, les plus prégnants dans la MA. D'un point de vue nosographique, l'Hypnose semble donc toute indiquée pour travailler avec ces patients.

Cependant, la littérature rapporte que les personnes âgées ont une aptitude hypnotique moindre par rapport à la population générale. « L'âge est un élément majeur à considérer [...] Cela ne signifie pas qu'il est impossible ou presque d'hypnotiser un sujet âgé, mais qu'il faudra accorder un temps plus long et bien adapté à l'induction hypnotique pour cette population.» (Bioy, Wood, & Célestin-Lhopiteau, 2010). On retrouve toutefois quelques évaluations de l'approche auprès de personnes âgées en institution. Elles tendent à montrer que l'Hypnose permet de favoriser l'apaisement de l'angoisse (Granone, 1982). Pour certains auteurs, le sujet âgé quitte, pour le temps de la séance, une attitude passive et passiviste. S'il « revit » des situations passées, c'est toujours dans la séance présente. Se procurant lui-même cet état, il restaure une capacité de choix, une autonomie (Fromage, 2001).

Cependant, est-il possible de proposer cette approche à un public âgé présentant des troubles cognitifs importants ? Si l'on en croit François Roustang, l'Hypnose « n'éprouve pas de nécessité à faire appel au passé. Tous les moyens qu'elle utilise tendent à faire surgir dans le présent des potentialités jusqu'alors insoupçonnées » (Roustang, 2003). Aussi, d'une part, les troubles de mémoire et d'orientation temporo-spatiale ne devraient pas être un frein trop important à la pratique de l'Hypnose et d'autre part il est possible qu'elle permette de travailler la revalorisation de soi en donnant au sujet la possibilité d'activer de nouveaux potentiels.

D'un point de vue méthodologique, les adaptations aux spécificités des patients atteints de la MA devrons certainement être nombreuses. Comme nous l'avons vue, le langage verbal, bien qu'il ne soit pas le seul canal de communication utilisé pour l'induction et la suggestion, reste un outil fondamental de l'hypno thérapeute. Hors, au vu des troubles de la compréhension et de l'attention de ces patients, le thérapeute devra particulièrement développer le langage para-verbal et non verbal et créer des inductions et suggestions hypnotiques accessibles.

L'intégration de l'Hypnose dans l'accompagnement clinique des personnes âgées atteintes de la MA pose donc de très nombreuses questions.

Dans un premier temps, **l'Hypnose est-elle possible avec ces patients ?** A la vue des divers troubles cognitifs, par quels procédés méthodologiques peut-on amener le patient à accéder à un état de conscience modifié ?

Dans un second temps, **que peut apporter l'Hypnose dans l'accompagnement clinique des patients âgés, atteints de la maladie d'Alzheimer et vivant en EHPAD ?**

Pour les patients, dans le cadre d'une approche psychothérapeutique, l'Hypnose permet-elle :

- De favoriser le bien-être général ?
- De favoriser le renforcement de l'estime de soi ?
- De diminuer l'anxiété ?
- De diminuer les symptômes dépressifs ?

Pour le thérapeute, dans le cadre d'une approche psychothérapeutique, l'Hypnose permet-elle :

- De médiatiser la relation thérapeutique ?
- D'explorer les demandes du patient ?
- D'aborder les demandes du patient ?
- D'aborder les demandes de l'équipe ?

Les travaux que nous avons évoqués sur le sujet, nous permettent de formuler les hypothèses suivantes :

- L'Hypnose peut favoriser le bien-être général des patients atteints de la MA dans le cadre de l'accompagnement psychothérapeutique.
- L'Hypnose peut favoriser le développement de potentialités insoupçonnées des patients atteints de la MA et ainsi favoriser le renforcement de l'estime de soi de ses patients, dans le cadre de l'accompagnement psychothérapeutique.
- L'Hypnose peut favoriser la diminution des troubles anxieux dans le cadre de l'accompagnement psychothérapeutique des patients atteints de la MA.
- L'Hypnose peut favoriser le relâchement corporel des patients atteints de la MA dans le cadre de l'accompagnement psychothérapeutique.
- L'Hypnose peut favoriser la diminution des troubles dépressifs dans le cadre de l'accompagnement psychothérapeutique des patients atteints de la MA.
- L'Hypnose peut médiatiser la relation patient-thérapeute et favoriser l'alliance thérapeutique dans le cadre de l'accompagnement psychothérapeutique des patients atteints de la MA.
- L'Hypnose peut favoriser l'expression des émotions des patients atteints de la MA dans le cadre de l'accompagnement psychothérapeutique, et ainsi favoriser l'exploration et l'abord de la demande de ses patients et des équipes de soin des EHPAD.

III. Méthodologie de la recherche

Pour répondre à cette problématique de type exploratoire et commencer à en vérifier les hypothèses, j'ai cherché à intégrer l'Hypnose dans ma pratique quotidienne de psychologue en EHPAD. Ce mémoire constitue un témoignage de mes tentatives, excursions en terrain inconnu, et des observations cliniques qu'elles m'ont permis de développer. Il constitue pour moi un point de départ, une porte d'entrée, à une démarche de recherche clinique appliquée en hypnothérapie dans le champ de la MA.

1. Construction de l'échantillon de recherche : une démarche clinique.

Afin d'explorer les apports éventuels de l'Hypnose dans la prise en charge de patients atteints de MA, une réflexion centrée sur les demandes de mes différents patients dans deux EHPAD du Languedoc Roussillon a été menée. Sur une file active de 26 patients atteints de MA, 3 patients ont été intégrés à l'étude.

Les critères cliniques d'admission sont :

- Une demande de prise en charge explicite, formulée par le patient ou par l'équipe ;
- Le patient exprime, au moins implicitement, une demande de soutien ;
- L'Hypnose apporte un plus (hypothétique à ce stade) à la prise en charge de la demande.
- L'alliance thérapeutique installée avec le patient permet d'être suffisamment à l'aise avec l'intégration de l'Hypnose à la prise en charge ou, à l'inverse, l'Hypnose est envisagée comme un médiateur à la construction de l'alliance thérapeutique.

2. Caractéristiques descriptives des patients inclus

Tableau descriptif I: Âge

Tranche d'âge	Effectif	Moyenne d'âge de l'échantillon
[75-85] ans	1	87.5
[85-95] ans	2	

Tableau descriptif II: Temps passé dans l'institution depuis leur entrée

Temps passé dans l'institution	Effectif
[1an]	1
[2 ans-8ans]	2

Tableau descriptif III: évolution de la maladie

Stade d'évolution de la maladie	Effectif
Modéré	1
Sévère	2

Tableau descriptif IV: Stade de perte d'autonomie

GIR ⁷	Effectif
GIR 1	1
GIR 2	2

3. Présentation clinique des patients.

a) Le cas de Mme H.

Présentation du cadre de la rencontre

Un suivi par entretien est mis en place avec Mme H. depuis son arrivée il y a un an dans l'établissement. La MA avait été diagnostiquée quelques temps avant, son mari bien que très dynamique ne pouvait plus faire face à la situation. En effet, Mme H. sortait sans prévenir et se perdait aux alentours de la maison, mettant en danger son intégrité physique.

Les premiers entretiens se sont centrés sur son institutionnalisation, sur la prise de repère dans l'établissement et sur son intégration aux activités sociales de la maison. Mme H. était consciente de sa maladie, sans la nommer Alzheimer, elle disait souvent : « Mon cerveau est foutu. C'est de la bouillie ».

Malgré la clarté de la famille et de l'équipe quant au caractère définitif de sa résidence en EHPAD, Mme H. demande, jours après jours, la date de son retour chez elle. Elle souffre d'un trouble dépressif ainsi que d'un trouble anxieux.

Depuis quelques mois, Mme H. interpelle l'équipe soignante et moi-même plusieurs fois par jours. Elle dit avoir peur d'avoir fait une « bêtise », que quelqu'un l'empoisonne, qu'on la punisse, qu'on la « foute dehors », qu'on la tue... Elle demande où se trouve son mari, pensant qu'il est peut-être partie avec une autre, et dit « Je suis une merde et je vais crever ».

La MA a beaucoup évolué depuis son arrivée passant du stade léger au stade modéré de la maladie, les entretiens cliniques devenant alors de plus en plus difficiles à mener.

⁷ Voir Annexe 1: « GIR : Présentation descriptive des 6 groupes iso-ressources. »

Mme H. souffre de troubles du sommeil et de déambulation incessantes, elle présente les signes d'une grande fatigue et une perte de poids importante.

Par ailleurs elle semble souffrir d'un trouble du schéma corporel : Mme H. se plaint de douleurs au niveau de la bouche, de la lèvre inférieure en particulier, elle montre cette partie de son corps sans la nommer. Après investigations de l'équipe et du dentiste aucune lésion physique ne semble justifier ces douleurs.

Présentation des demandes et valeur ajoutée de l'Hypnose.

Pour cette patiente, les différentes demandes de soutien psychologique peuvent être formulées ainsi :

- Une demande explicite de la patiente : être quotidiennement rassurée sur sa sécurité physique.
- Une demande explicite de l'équipe : trouver des solutions pour revaloriser l'estime de soi et diminuer les angoisses de Mme H., diminuer les troubles du comportement (déambulation, troubles du sommeil et de l'appétit).

L'Hypnose semble intéressante :

- Parce qu'elle permet de travailler les problématiques d'anxiété sans nécessairement solliciter les capacités de raisonnement du patient et donc de répondre à la demande explicite de la patiente.
- Parce qu'elle permet de solliciter et développer des compétences habituellement inexplorées, elle favorise ainsi la valorisation du patient et répond en partie à la demande de l'équipe.

Par ailleurs, l'alliance thérapeutique est bien installée avec cette patiente et ce depuis le début de son arrivée dans l'établissement.

b) Le cas de Mme R.

Présentation du cadre de la rencontre

Mme R. vit dans l'établissement depuis plusieurs années. Au fil du temps, la MA a doucement évolué du stade léger au stade avancé. Elle souffre de troubles cognitifs importants : troubles généralisés de la mémoire, troubles du langage (aphasie partielle), troubles des fonctions exécutives. Par ailleurs, Mme R. semble souffrir de troubles thymiques, probablement sur le versant anxieux. L'équipe soignante relève une grande tension musculaire et des accès de colère, à ce jour, inexpliqués. D'autre part, elle présente des troubles du comportement vécus par l'équipe et les autres résidents comme très problématiques. Désinhibée, Mme R. se déshabille plusieurs

fois par jours devant les autres. Elle déambule tout au long de la journée et se montre agressive physiquement lorsqu'elle est contrariée.

Mme R. est une patiente que je rencontre de manière ponctuelle, le plus souvent « en urgence », à la suite d'une demande de l'équipe : lorsque Mme R. donne des coups à un autre résident ou que l'on n'arrive plus à la convaincre de se rhabiller. Les entretiens auprès d'elle se font toujours sous la forme de validation⁸ (Feil, Blanchard, & Roux-Brioude, 1997). Mme R. s'exprime par mots isolés, parle à voix basse et articule peu. Il est difficile de la comprendre. Il semble toutes fois qu'elle soit capable d'écoute et qu'elle comprenne en grande partie ce qu'il lui est dit. Lorsque nous communiquons en Espagnol, sa langue maternelle, quelques phrases apparaissent. Généralement, Mme R. retrouve son calme au bout de quelques minutes d'entretiens. Ces interventions semblent cependant n'apaiser l'angoisse qu'à très court terme. Le plus souvent, les troubles du comportement se renouvellent quelques heures après. On peut émettre l'hypothèse que les troubles du comportement de la patiente viennent exprimer en gestes ce qu'elle ne peut exprimer en mots. Les troubles thymiques sont peut-être liés à sa difficulté à communiquer verbalement.

Présentation des demandes et valeur ajoutée de l'Hypnose.

Pour cette patiente les demandes peuvent se formuler comme suit :

- Une demande explicite de l'équipe : diminuer les troubles du comportement
- Une demande implicite de la patiente : être écouté et entendu afin de soulager la tension émotionnelle dont elle souffre.

L'Hypnose peut apporter un plus à l'accompagnement de cette patiente:

- Elle peut représenter une forme nouvelle d'entrée en relation, peut-être plus conforme aux attentes et aux capacités cognitives de la patiente que l'entretien clinique classique, et ainsi servir de médiation à la relation intersubjective patient/thérapeute afin de construire une alliance thérapeutique pour répondre à la demande implicite de la patiente.
- Elle permet de s'appuyer sur les sensations physiques plutôt que sur le langage oral afin d'explorer et de travailler les émotions, apportant, peut-être, une réponse à la demande implicite de la patiente.

⁸ La validation est une technique de communication élaborée par Naomi Feil, s'appuyant principalement sur l'écoute active. Il s'agit d'encourager le patient à s'exprimer sans remettre en cause les éléments confusionnels ou les aspects délirants du discours. Pour chaque propos du patient l'interlocuteur : reformule, questionne à l'aide de questions fermées, met des mots sur l'état émotionnel qu'il perçoit. L'objectif est que la personne se sente reconnue et comprise.

- Elle peut aider à sortir de l'exploration des propos délirants de la patiente, qui n'apaisent que peu de temps les troubles du comportement, et à centrer notre attention sur un autre axe thérapeutique.

c) Le cas de Mme C.

Présentation du cadre de la rencontre

Je vois Mme C. dans le cadre du suivi mis en place avec elle afin de la soutenir dans ses troubles de la mémoire, sa vie dans l'institution, ses troubles de thymiques.

Mme C. a tendance à ressasser des événements traumatiques de sa vie passée, en particulier la perte d'un de ses enfants alors qu'il n'avait que 6 ans. Du fait de la MA, elle vit ces événements comme si ils venaient de se produire. Elle se trouve dans une forme de deuil perpétuel, et manifeste le plus souvent des émotions liées à la phase de l'abattement et de la tristesse du deuil. Les signes cliniques en sont les pleurs, les plaintes, les idées noires (souhait de mourir, sans volonté suicidaire exprimée), l'anhédonie, le refus de s'alimenter. Ces périodes de perte de repère temporel et d'encrage dans l'événement traumatique sont le plus souvent relativement courtes (quelques heures) mais répétées (plusieurs fois par semaines).

Depuis son entrée dans l'institution, un trouble dépressif s'est installé au fil des années. La patiente montre une asthénie et une apathie importante, un apragmatisme constant et un repli sur soi. Cependant, pour cette patiente, il est difficile de différencier la sémiologie dépressive de celle de la MA.

Une série de 4 entretiens « d'urgences » a été réalisée à la demande de l'équipe soignante, pendant ces accès dépressifs. L'objectif de ses entretiens était de mieux comprendre les plaintes de la patiente. Ils ont permis de dégager l'étiologie traumatique comme ancrage à ces accès dépressifs.

Par la suite, 3 entretiens ont été réalisés. Ils avaient pour objectif d'évaluer les capacités d'élaboration de la patiente en situation stable et d'explorer une éventuelle demande de sa part. Elle souffre de perte du mot, saute du coq à l'âne et emploie des expressions stéréotypées. Par exemple, lorsqu'elle perd le fil son propos, elle répète systématiquement « Que tu es jolie, et gentille. Je suis contente que tu sois là et je t'aime bien. » Comme pour combler le vide, peut-être aussi par crainte que je mette fin à l'entretien.

Pendant ces entretiens, je lui ai exposé les raisons de ma venue : l'équipe soignante s'inquiète pour elle car elle semble parfois triste, je voudrais savoir comment va son moral. Elle me dit alors que c'est comme le temps, que ça dépend des jours. Son discours s'est centré, à chaque entretien, sur le déroulement de sa journée : description du repas, activité de chant et repos au fauteuil... Il

présente des incohérences avec la réalité objective : le repas décrit n'est pas celui réellement pris, l'activité de chant a été réalisée la veille... Son récit est entrecoupé d'observations de ce qu'il se passe dans la cours, elle regarde par la fenêtre, et de questions personnelles à mon intention : est-ce que tu as des enfants ? Est-ce que tu vas à l'école ? Est-ce que ta maman va mieux ?... Lorsqu'au cours d'un entretien, je lui réexplique ma place de psychologue dans l'établissement, elle dit à nouveau : « c'est très bien ma chérie, je suis contente que tu sois là et je t'aime bien ». Lorsque l'on aborde l'histoire de vie de la patiente, en partant par exemple des éléments d'anamnèse présents dans son dossier, elle raconte des anecdotes de la vie quotidienne (les chevaux du village, le bal d'été...), sans être directement actrice de ses histoires, plutôt comme pour décrire une époque avec nostalgie que pour faire le récit d'un événement de vie. Lorsque l'on aborde le décès de son enfant, elle dit que ça arrivait souvent à l'époque, puis semble confuse, demande l'heure, cherche à se lever et me dit qu'elle ne se souvient plus de quoi nous étions en train de parler. Elle dit alors qu'elle n'a jamais eu d'enfant, que je dois me tromper.

Ainsi, la demande implicite de la patiente réside plutôt dans une présence bienveillante auprès d'elle que dans un travail de deuil.

Présentation des demandes et valeur ajoutée de l'Hypnose.

On note:

- une demande explicite de l'équipe soignante : apaiser les accès dépressifs, les rendre plus courts et moins fréquents.
- une demande implicite de la patiente : elle souhaite passer des moments agréables de discussion, accompagnés par une écoute bienveillante. Elle prend plaisir à évoquer des souvenirs agréables, plus ou moins lointains.

L'Hypnose m'a paru une approche pertinente sur plusieurs plans :

- elle permet de vivre des expériences émotionnelles agréables au sein d'une relation intersubjective et donc de répondre à la demande implicite de la patiente
- elle permet de ré-ancrer le patient dans l'ici et maintenant et de s'éloigner ainsi de l'accès dépressif, répondant en partie à la demande de l'équipe
- elle peut permettre de travailler symboliquement le deuil, par l'emploi de métaphores ou de contes hypnotiques

D'autre part l'alliance thérapeutique me semble suffisante pour proposer l'Hypnose : la patiente verbalise son souhait de continuer à interagir avec moi, elle accepte immédiatement chacun des entretiens. De mon côté, je me sens à l'aise avec cette patiente qui me renvoie une image positive

de moi-même et exprime ses limites clairement en éludant à sa manière les sujets qu'elle ne souhaite pas évoquer. J'aborde les entretiens avec confiance et envisage le travail en Hypnose.

IV. Résultats et données cliniques

1. Mme H. Séance d'Hypnose numéro 1.

a) Préparation de la séance :

Lors de la première séance l'objectif principal était d'explorer, avec la patiente, le caractère relaxant que peut avoir l'Hypnose. Il s'agissait de rechercher le relâchement du tonus musculaire de Mme H.

Le second objectif était de travailler le schéma corporel de la patiente pour lui permettre, peut-être, de mieux localiser ou décrire la douleur qu'elle perçoit au niveau de la bouche.

Par ailleurs, je souhaitais expérimenter la relation hypnotique avec cette patiente. Je ne savais pas si l'Hypnose était une approche possible avec Mme H. qui déambule continuellement et pour qui des pensées anxiogènes font sans cesse irruption.

La séance a été pensée pour être la plus simple possible :

-une phase d'induction auditive durant laquelle il s'agit d'explorer le paysage sonore de l'ici et maintenant.

-une phase d'induction cénesthésique, le scan du corps durant lequel on propose au patient de porter son attention sur chacune des parties de son corps, l'une après l'autre, pour ressentir, en toute conscience, les sensations présentes. Scan du corps ici étoffé par des suggestions de détente et de relâchement.

b) Déroulement de la séance et observations cliniques:

Nous nous installons dans la chambre de la patiente. Mme H. est dans son fauteuil. Comme d'habitude, je place devant une table roulante devant elle, il semble qu'ainsi, elle ressente moins le besoin de déambuler. Elle me dit : « Ça sert à quoi ? »

Vignette clinique 1

« -Je vous propose que l'on passe un petit moment ensemble, pour se détendre.

-C'est difficile ?

-ça va aller, il suffit d'écouter ma voix.

-Ah, bon.

-vous pouvez écouter ma voix, tout près de vous. Cette voix qui parle doucement, tranquillement.

-oui. Bof.

-Et peut-être que l'on peut entendre d'autres bruits autour de nous.

-pardi...

-Très bien.

-Je ne vais pas y arriver...

- Vous entendez le bruit des pas de Valentine dans le couloir ?

-oui. C'est les talons.

-Très bien, c'est ça.

-Auf, c'est facile.

-oui, c'est très facile. Peut-être que vous pouvez entendre le bruit de la cireuse...

-la cireuse ?

-la machine que l'on entend.

-oui... [Elle souffle].Ça me fatigue. [Elle se lève.]

-Vous pouvez rester assise et fermer les yeux si vous voulez. [Elle ferme les yeux puis se rassoit et souffle.]

- Très bien. Pendant que les yeux sont fermés, on peut encore mieux entendre ce qu'il se passe autour de nous. Et peut-être le bruit du vent dehors ... et des gens dans le salon qui parlent.

- C'est Fabienne.

-Oui, c'est ça. [...] »

L'anxiété de Mme H. m'a amené à démarrer très vite la séance. Elle semblait effectivement épuisée et s'inquiétait de ne pas « réussir » l'exercice. L'induction auditive a été facilitante car elle ne nécessite pas de se concentrer directement sur des sensations interne. Cela m'a permis de guider plus facilement Mme H. Elle n'a quasiment pas ré-ouvert les yeux de la séance. J'ai été très étonné par se « lâcher-prise » des yeux fermés dès le début et, par le fait, qu'elle ne se lève pas plus d'une ou deux fois pendant la séance. La fatigue a finalement peut-être facilité cette première séance ? Nous avons continué, ainsi, pendant environ 2 minutes puis Mme H. m'a pris la main, comme elle le fait souvent.

Vignette clinique 2

« - Vous pouvez sentir la chaleur de ma main dans la vôtre... [Elle souffle.] Et vous pouvez sentir que je touche votre petit doigt, doucement tranquillement, en douceur. Et peut-être que le fait de bouger lentement ce doigt, articulation par articulation, de l'ouvrir, de le fermé. Peut-être que le doigt est plus détendu maintenant, plus relâché... [Mme H. ne bouge pas]. Et vous pouvez sentir l'autre doigt, peut-être... La chaleur de ma main sur la peau... qui est là pour la détente et le relâchement, comme lorsque l'on passe une crème apaisante... [Je plie et déplie l'annulaire de Mme H.]Et pendant que le doigt se relâche, vous vous reposez. »

Mme H. a l'habitude de prendre la main, d'étreindre, de caresser le visage des personnes auxquelles elle parle et en qui elle a confiance. Cette communication non verbale, très développée chez la patiente, m'a interpellée au cours des entretiens. J'ai alors intégré, au début de chaque entretien, une pratique apprise auprès d'une collègue psychomotricienne, inspirée de la mobilisation passive (un des axes de la méthode de relaxation Soubiran). Le thérapeute mobilise les articulations de la personne, une à une, alors qu'elle se laisse faire et cherche à se détendre. Toutes les articulations du corps sont mobilisées, hormis celles situées entre le nombril et les genoux. Cette méthode renforce le schéma corporel (Soubiran & Coste, 1974).

Alors que Mme H. m'a pris la main, il m'a paru intéressant de s'appuyer sur nos habitudes, tout en cherchant à développer une attention sélective, une focalisation de l'attention sur ses mobilisations et en continuant les suggestions de détente. J'ai uniquement travaillé autour des articulations des mains et des bras pendant cette séance, parce que Mme H. a déjà était gênée par la mobilisation passive d'autres parties de son corps et que je ne voulais prendre le risque de générer de l'anxiété chez elle.

Au bout d'une dizaine de minutes les articulations de Mme H. semblaient tout à fait détendues, je ne sentais plus aucune résistance aux mobilisations. Mme H. ne bougeait plus, ne parlais plus.

« Mme H., je vais laisser votre main reposer sur la table maintenant. [Je lâche la main, pas de réaction]. Maintenant que nous sommes tout à fait détendues, nous allons profiter de ces sensations agréables pendant un petit moment, juste profiter de ce moment de relâchement et de tranquillité dans un silence rassurant. [J'attends quelques minutes, Mme H. ne bouge pas, son visage est détendu.] Maintenant vous pouvez écouter, à nouveau, les bruits alentours et revenir à des sensations plus habituelles. [Pas de réaction.] Vous pouvez, quand vous le souhaitez revenir à votre rythme, rouvrir les yeux ou bouger doucement. [J'attends 5 minutes. Pas de réaction. La respiration de Mme H. est lente]. Peut-être que vous vous sentez bien, relâchée, détendu. Et je ne sais pas si vous vous êtes endormie, peut-être que vous vous êtes endormie, et c'est très bien. Je vais rester là près de vous pendant que vous vous reposez [J'attends une quinzaine de minutes]. Vous dormez certainement maintenant, et c'est très bien. Vous profitez de ce moment pour vous ressourcer, pour récupérer de l'énergie pendant cette sieste réparatrice... Et lorsque vous vous réveillerez, vous vous sentirez en forme et très détendu. Je vais vous laisser dormir, je vais sortir de la pièce tout doucement et l'on se verra tout à l'heure. »

Cette dernière partie de la séance a été tout à fait inattendue et quelque peu déstabilisante. Je ne savais pas très bien si la patiente c'était véritablement endormie. C'était la première fois que Mme H. s'endormait devant moi. Je suis restée longtemps à la regarder dormir sans trop savoir

quoi faire. Si je partais, qu'elle serait sa réaction à son réveil ? Et si elle ne dormait pas vraiment ? Et si en bougeant, je la réveillais ? Puis, j'ai décidé de la prévenir de mon départ en ajoutant une suggestion post-hypnotique de détente et de repos. Mme H. est sortie de sa chambre une heure après mon départ. Elle était souriante. Elle est allée s'asseoir dans le salon. Lorsque je suis allée la voir, elle m'a dit se sentir bien et qu'elle ne voulait pas parler.

Quelques minutes plus tard l'équipe soignante me demande d'aller voir sa chambre. Mme H. avait déchiré toutes les photos de sa famille qui se trouvaient au mur et avait enlevé et déchiré la photo d'un cadre sans casser celui-ci. Les photos étaient en miettes sous son lit.

Avec l'équipe nous avons décidé de ne pas toucher aux photos et de ne pas questionner Mme H. à ce sujet. Le lendemain, lorsqu'une aide-soignante demanda à Mme H. que faire avec ces photos, elle répondit de les jeter à la poubelle.

Je ne sais pas ce que ce geste a pu signifier pour Mme H. Il est difficile d'évaluer l'impact de la séance sur ce comportement. Est-ce le hasard ? Cela paraît tout de même assez peu probable... Ce geste était-il lié à un élan de vie, comme pour tirer un trait sur le passé ? Ou un geste mortifère de désespoir ? Ou, encore, rien de particulier ?

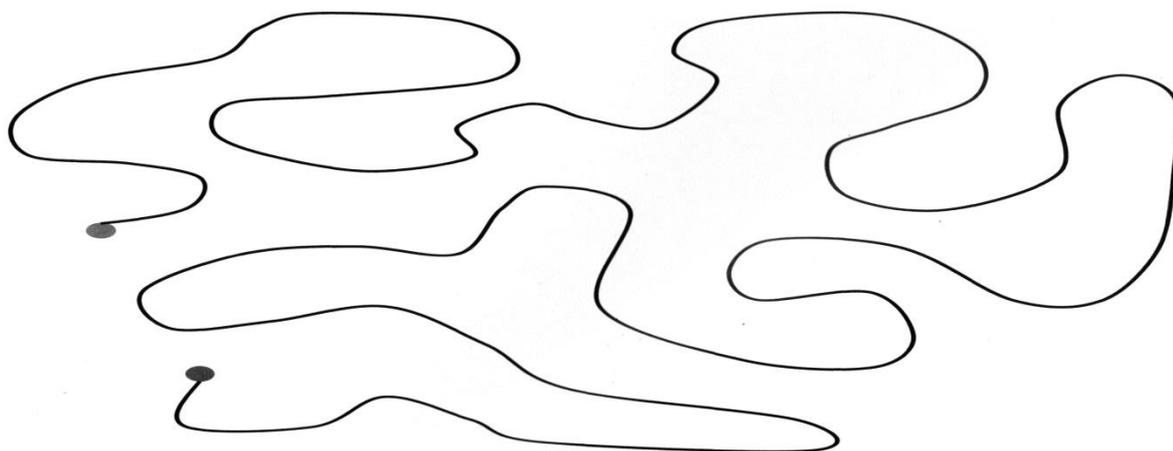
Toujours est-il que la séance a provoqué des réactions étonnantes chez Mme H. Cependant, elle a pu trouver un peu de repos et elle n'a plus déambulé jusqu'au lendemain.

2. Mme R. Séance d'Hypnose numéro 1

a) Préparation de la séance :

Lors de la première séance, l'objectif principal était de proposer à la patiente d'explorer ses sensations physiques dans le cadre d'une nouvelle forme de communication interindividuelle : l'Hypnose. Un second objectif était la recherche du relâchement du tonus musculaire de la patiente à but de relaxation. Pour préparer la séance je me suis adressée à l'orthophoniste qui travaille régulièrement avec Mme R., elle m'a proposé un outil permettant de favoriser l'attention en début de séance : sur une feuille un chemin tortueux est dessiné, le thérapeute suit le chemin avec son doigt et demande au patient de regarder ce doigt qui se déplace.

Figure 1: Exemple de chemin utilisé



Cet outil paraît intéressant, d'une part parce qu'il est familier pour la patiente et, d'autre part, parce qu'il semble pouvoir être utilisé comme une forme d'induction hypnotique en ce sens que l'on propose au sujet de fixer toute son attention sur un stimulus visuel.

J'ai construit la séance en trois temps :

- un temps d'induction hypnotique visuelle à l'aide du chemin;
- un temps d'induction cinesthésique sous la forme d'un scan du corps ponctué par des suggestions de détente ;
- un temps d'induction de la « lévitation du bras » afin de proposer à la patiente des sensations corporelles qui sorte de l'ordinaire.

La séance a été pensée de façon à cheminer petit à petit avec la patiente, au travers sa sensorialité, d'un terrain connu (l'exercice du chemin) vers un terrain inexploré (la lévitation du bras), le tout de la manière la plus détendu possible.

Il s'agissait, aussi, de mettre de côté les troubles du comportement le temps de la séance, de ne pas les aborder frontalement et de signifier ainsi symboliquement à la patiente qu'elle est reconnue comme existante, vivante en dehors de ses troubles.

b) Déroulement de la séance et observations cliniques:

Vignette clinique 3

Mme R. est assise dans un fauteuil dans le salon. Je lui propose de passer un petit moment ensemble, elle accepte que l'on s'installe dans sa chambre. Nous nous installons, face à face, autour d'une petite table. Le « chemin » entre nous deux. Je lui suggère de s'installer confortablement elle pose ses chaussures puis me dit :

« -Estoy bien » (« je suis bien »). [Je commence alors l'induction visuelle.]

-Mme R. je vous propose de suivre mon doigt qui se promène le long de ce chemin. [Mme R. suit le doigt du regard.] Il suit le chemin, accélère dans les lignes droites et ralentit dans les virages, comme une automobile sur une route de montagne. [Mme R. approuve d'un signe de tête.] Parfois il va très lentement, tranquille, il prend tout son temps. Il est comme en vacance, détendu, relâché. Parfois il va un peu plus vite, simplement parce qu'il en a envie, parce qu'il se sent bien comme ça.

- Eh ben oui ! [Mme R. suit toujours le doigt du regard, elle sourit maintenant].

- Et lorsque qu'il arrive au bout de la route, il fait demi-tour et recommence parce qu'il aime bien se promener, sans but précis, juste pour passer le temps, pour regarder le paysage. Parfois s'est agréable de marcher, pour se sentir en forme, énergique et pour se détendre.

-Eh ben oui ! [Mme R. rie tout doucement]

[Nous continuons l'exercice en silence pendant quelques minutes]

Pendant cette première phase de la séance, Mme R. a tout de suite accepté de se « prêter au jeu » de l'induction visuelle. Ses expressions faciales semblaient indiquer qu'elle prenait du plaisir à réaliser cet exercice.

Je me sentais alors moi-même très concentrée sur l'exercice, mon doigt filant sur la feuille de papier me donnait alors une sensation inhabituelle plutôt agréable. La tension que je ressentais avant de commencer cette première séance, s'évanouissait petit à petit. Cette sensation cénesthésique avait peut-être induit chez moi un léger état d'hypnose ?

Alors que je ne pensais pas intégrer des suggestions de détente pendant cette phase, celles-ci sont venues à moi naturellement sous forme de saupoudrage. Lorsque Mme R. s'est exclamé « Eh ben oui ! » pour la première fois et que mon doigt à fait demi-tour, il m'est venu à l'esprit que ce doigt, faisant des aller retour sur un chemin sinueux, ressemblait quelque peu à Mme R. lors de ses déambulations. J'ai donc spontanément métaphorisé le doigt comme une personne qui se promène, en imaginant ce qu'il pouvait penser en se promenant. En y pensant à postériori, cela signifie aussi à la patiente qu'il est possible de déambuler sans que cela soit déviant. Je ne peux pas dire ce que Mme R. en a compris, en tous cas, cela semble l'avoir amusée.

Vignette clinique 4

« Pendant que le doigt continue sa promenade et que nous le suivons du regard, on peut porter notre attention sur notre corps, sur sa position, et sentir nos pieds sur le sol, peut-être que vous pouvez sentir vos pieds dans vos chaussettes...

-Claro (bien sûr)

-muy bien (très bien) et ses pieds sont peut-être détendus et relâchés, et peut-être que vous ressentez la pression qui s'exerce sur le sol et, tandis que les pieds continuent de se relâcher, vous pouvez maintenant sentir vos mollets, vos jambes dans le pantalon...

-négro (noir) [la couleur de son pantalon]

-y las piedras estan bien relajadas, flojas, y agradablemente calientes (et les jambes son bien relâchées, détendues et agréablement chaudes)

-Si (oui)⁹

-Et l'on peut sentir cette détente, se relâchement remonter doucement dans les fesses, sentir le contact des fesses sur le fauteuil. [Elle souffle.]

-Et pendant que les fesses reposent sur le fauteuil, de plus en plus détendues, on peut sentir notre dos contre le dossier, le dos est relâché, détendu, de plus en plus relâché et détendu...

-Il ne faut pas s'arrêter [Mme R. me fait remarquer que j'avais arrêté de suivre le chemin avec mon doigt, je reprends, donc, à sa demande.]

Nous continuons l'exercice jusqu'au visage.

Le passage entre l'induction visuelle et l'induction cénesthésique s'est déroulé sans accros alors que je craignais de perdre l'attention de Mme R. et de l'amener à sortir de l'état d'hypnose dans lequel elle semblait avoir plongé avec facilité. Pour Mme R., le « scan du corps » semblait naturel et facile. La patiente m'a suggéré, indirectement, de continuer en espagnol, sa langue maternelle, peut-être, maternante ? Contenante ? Cette adaptation à la patiente peut être considérée comme du pacing, une technique d'ajustement du thérapeute au patient (Bioy, Wood, & Célestin-

⁹ Nb : L'entretien s'est poursuivi en espagnol mais est retranscrit en français pour en faciliter la lecture.

Lhopiteau, 2010). Je parlais d'ailleurs à voix très basse, presque en chuchotant, comme la patiente le fait toujours.

Notons que Mme R., tout en se prêtant au scan du corps, suivait simultanément l'induction visuelle du doigt sur le chemin, elle était, probablement, en état de dissociation (Salem, 2012). L'arrêt de l'induction visuelle a interpellé la patiente et l'a, peut-être, pour un court moment, sorti de la transe hypnotique. La patiente a alors réagi de manière tout à fait adaptée en me rappelant à l'ordre.

« [En français] *Peut-être, ressentez-vous de la légèreté dans la main droite, [...] une légèreté telle que vos doigts bougent, peut-être, un peu... [Je ne vois pas ce qu'il se passe, ses mains sont sous la table] comme si un ballon de baudruche était attaché à chacun de vos doigts et remplit d'un air léger et vaporeux, [...] d'un air translucide qui permet aux ballons de s'envoler comme votre main peut-être...*

- [Mme R. parle si bas que je n'entends pas ce qu'elle dit]

- *Et plus on porte notre attention sur notre main, plus celle-ci est légère, légère tellement légère... comme une plume ... comme en apesanteur ... très bien...*

- *Et la petite ... [en français]*

- *Peut-être qu'elle est petite et légère ...*

- *Non, la petite qui y avait dans la rue...*

- *Dans la rue ?*

- *Oui, au magasin du gitan tu sais bien*

- *Du gitan ?*

- *Du gitan qu'il a dans la rue, avec sa mère.*

- *Oui. Et pendant que l'on pense au gitan et à sa mère, peut-être que l'on peut sentir notre main droite à nouveau, notre main droite légère et confortable.*

- *Non mais la petite aussi.*

- *Oui, la petite aussi peut sentir sa main légère, de plus en plus légère*

- *Il faut qu'elle travaille mieux... moi, je repasse plus vite qu'elle et puis elle ne sait pas ranger...*

[...] »

Mme R. a parlé ainsi pendant quelques minutes, son discours était confus mais elle employait des phrases entières, bien construites et en français. Après plusieurs tentatives de suggestion de sensations de légèreté dans la main, nous sommes progressivement passées à un entretien plus classique de validation©. Puis, tout à coup Mme R. s'est levée du fauteuil, a lentement remis ses chaussures et dit : « *c'est fini* ».

Mme R. a saisi le passage à l'induction de « la lévitation du bras », pour s'exprimer librement autour d'un sujet qui lui était propre. Elle a évoqué son ancien travail de vendeuse de vêtements puis a parlé de sa sœur. Bien que les éléments de son discours étés confus et décousus, j'ai était surprise de la voir s'exprimer avec une facilité inhabituelle, c'est pourquoi j'ai choisi de m'adapter au désir de la patiente et de l'encourager à s'exprimer ainsi. La séance a permis à la patiente d'être écoutée et entendue en accord avec la demande implicite qui avait était mise à jour à la lecture de ses troubles du comportement.

3. Mme C. Séance d'Hypnose numéro 1.

a) Préparation de la séance :

Lors de la première séance, l'objectif principal était de commencer à répondre à la demande de la patiente en lui proposant d'évoquer un souvenir agréable en Hypnose. En préparant la séance, j'ai listé les souvenirs agréables évoqués par la patiente lors entretiens précédant :

- le bal
- le passage du maréchal ferrant au village
- la cuisine de sa maman
- les ballades en vélo

Je pensais évoquer un souvenir agréable avec elle et l'accompagner à « se promener dans ce souvenir » par inductions de chacun des 5 sens pour réenclencher des sensations liées à ce souvenir. Par ailleurs, je souhaitais expérimenter l'utilisation des 5 inductions sensorielles dans le cadre d'une approche symptomatique de l'apathie, parce qu'elles peuvent permettre au patient de mobiliser à nouveau ses différents sens. Dans ce cadre, l'induction n'a pas uniquement pour vocation d'amener le patient à l'état de transe, mais elle est aussi considéré comme intrinsèquement thérapeutique.

b) Déroulement de la séance et observations cliniques:

Vignette clinique 5

Mme C. se trouve dans le salon de la maison. Dans la pièce, il n'y a que deux autres patients en train de dormir. La baie vitrée est ouverte sur la cour, il fait beau. Dehors, une quinzaine de résidents écoutent de la musique avec l'animatrice, certains dansent.

« Bonjours Mme C.

-Ah tu es là !

-Oui. Comment allez-vous ?

-Il fait beau, c'est bien. Je suis contente de te voir et je t'aime bien.

-Vous voulez qu'on passe un petit moment ensemble ?

-Bien sûr ma chérie, fait moi un bisou. [Je lui fais une bise]

-Vous voulez qu'on aille dans votre chambre ?

-Oh non ! Je suis bien ici, on entend la musique.

-Oui, c'est vrai que c'est agréable. On entend la musique et les rires dehors.

-Oui.

-Et peut-être que vous entendez aussi les oiseaux un peu plus loin ?... Et même Violette qui passe l'aspirateur dans le couloir... Et je suis sûre que vous entendez ma voix tout près de vous. [Elle fait un signe de la tête] Parfait. [...] Et cette musique, et ses gens qui dansent, c'est un peu comme le bal.

- non je ne crois pas. »

Après plusieurs tentatives pour ré-évoquer le souvenir du bal, sans résultats (Mme C. me parle de tout autre chose, me pose des questions sur d'autres sujets...) Mme C. me dit qu'elle a une sensation bizarre dans ses mains.

Bien que le cadre physique de l'entretien semblait exceptionnellement propice à l'évocation du souvenir du bal, je n'avais même pas remarqué à quel point j'étais chanceuse qu'une animation danse se tienne dans la maison ! J'avais dans l'idée de faire, comme à notre habitude, la séance dans la chambre de la résidente. C'est Mme C. qui m'a fait remarquer que l'on était très bien dans le salon.

J'ai ensuite encouragé la patiente à observer l'environnement sonore de la pièce, les différentes inductions auditives naturellement présente. Elle était attentive et acquiesçait de la tête à l'évocation des différents bruits. Je m'attendais à ce que ces difficultés cognitives troublent son attention, elle s'est finalement bien saisi du caractère « ici et maintenant » de l'exploration de l'environnement sonore.

L'évocation du souvenir du bal me semblait alors couler de source, pourtant Mme C. ne s'en ai pas saisi. Elle m'a ramené aux inductions, en évoquant des sensations cénesthésiques du présent.

Vignette clinique 6

« Vous avez des sensations bizarres dans les mains ? [Mme C. se frotte les mains, elle me montre les parties de ses mains dans lesquelles elle « sent quelque chose ». Vous pouvez me décrire ses sensations ?

-Je ne sais pas...

-qu'est-ce que vous sentez ?

-Je ne sais pas...

[...]

-Comme des fourmis ?

-Oh non ! Je ne sais pas ça fait comme si ça remonte. Mais ça fait pas mal.

-C'est agréable.

-non. C'est chaud.

-C'est comme une chaleur qui remonte dans les mains. Peut-être que ça détend les mains, que ça les rend plus confortables.

-oui, un peu.

-C'est très bien. Et peut-être que plus on y pense plus les mains se relaxent, sont chaudes et confortables, peut-être que vous pouvez sentir que chacun de vos doigts est relâchés. [Elle acquiesce] Peut-être que votre poignet droit est un peu plus relâché que votre poignet gauche ou peut-être que c'est l'inverse...

- Je ne sais pas, peut-être que tu as raison. [Elle souffle]

-Et plus on respire plus on se détend, peut-être que cette sensation de chaleur et de relâchement remonte dans vos bras maintenant. Peut-être que c'est doux, comme une caresse.

-J'aime les caresse. [Elle ferme les yeux]

-Vous sentez qu'au niveau de vos épaules, la chaleur est peut-être présente...

-Oui

-Et cela peut remonter dans votre nuque.

-c'est comme une promenade [Elle ouvre les yeux] »

J'ai eu au départ quelques difficultés à l'aider à décrire ses sensations. La question ouverte « Pouvez-vous me décrire ses sensations ? » posait quelques difficultés à Mme C. Peut-être, êtes-ce lié à ses pertes du mot. Ou, encore, au caractère inhabituel de la focalisation sur les sensations.

Finalement c'est en proposant à Mme C. une image, les fourmis, qui pourtant ne lui correspondait pas, que l'on a pu avancer dans l'exploration de ses sensations.

Il est intéressant de noter qu'à ce stade, ce qui avait été prévu a été mis de côté. La patiente donnait, elle-même, tout le matériel nécessaire aux inductions sensorielles sans que j'ai à induire artificiellement un souvenir. Elle commençait à montrer des signes de trances hypnotiques : respiration plus profonde et lente, voix plus basse et « rauque », les yeux qui se ferment

naturellement... Elle associe ensuite ses sensations un souvenir qu'elle n'avait pas évoqué jusqu'alors : la promenade.

Je n'ai pas immédiatement repris l'évocation de la promenade. J'ai, d'abord, suivi le fil des sensations en induisant la diffusion de celles-ci dans le dos, les jambes ... Mais Mme C. ne semblait plus adhérer à l'exercice. Elle recommençait à me poser des questions, s'agitait, parlait plus fort et clairement, évoquant à nouveau une promenade. Comme si elle était sortie de la transe hypnotique.

Vignette clinique 7

Au bout d'un certain temps, je la questionne : « ça va Mme C. ?

-Oui, je pense à la montagne.

-A une promenade en montagne ?

-Oui, c'est bien la montagne.

-Oui, c'est très bien. On peut s'imaginer faire une promenade en montagne. [Elle acquiesce] Peut-être que l'on se trouve sur un chemin qui serpente dans la montagne. Et peut-être qu'il fait beau et chaud.

-Oui

-Très bien, vous pouvez fermer les yeux pour mieux vous imaginer, mais ce n'est pas obligatoire. [Elle ferme les yeux] Peut-être qu'il y a des fleurs sur le bord du chemin... Et des oiseaux dans les arbres [...] et peut-être qu'il y a des odeurs ?

-Ça sent un mélange de fleur.

Nous avons ainsi filé la métaphore pendant une dizaine de minutes, un temps relativement long pour une personne atteinte de troubles cognitifs tels que ceux de Mme C. Celle-ci a évoqué le bruit de l'eau, ce qui m'a permis de continuer la séance par la métaphore de la rivière.

Vignette clinique 8

« Peut-être qu'il y a une rivière ou un ruisseau qui s'écoule plus ou moins près de nous.

- un petit ruisseau

-Un petit ruisseau d'eau claire et fraîche qui s'écoule tranquillement par endroit et, peut-être, plus vite à d'autres endroits [...] Il y a sûrement des poissons qui nagent dans la rivière et des morceaux de bois qui flottent à sa surface. L'eau fait toujours du bruit quand elle coule. Si le courant est tranquille, cela fait un tout petit bruit calme et régulier... De l'eau contre les rochers [...] Et au fond de la rivière, il y a des galets qui roulent emportés par le courant. Et parfois des gros rochers

bloquent le lit de la rivière. Malgré les efforts de la rivière pour les déplacés, ils sont parfois coincés, comme nous sommes parfois coincés dans la vie par des problèmes ou des événements difficiles. Mais la rivière fini toujours par trouver une solution, elle trouve un passage. Peut-être qu'elle contourne le rocher... Ou qu'elle passe par-dessus créant une belle cascade... Ou, peut-être, qu'à force de lutter elle use le rocher... Ou elle passe par-dessus... [...]»

Les expressions faciales de Mme C. indiquaient qu'elle était détendue et prenait du plaisir à évoquer le ruisseau. Cette métaphore m'a semblé intéressante car elle peut s'adapter à la problématique personnelle de chaque patient. J'ai pensé que cette rivière pouvait représenter la vie qui passe et que les rochers rappelaient la problématique de deuil de Mme C. Il s'agissait, pour moi, d'aborder le deuil de façon symbolique, sans brusquer la patiente. Il est difficile de savoir ce que Mme C. a saisi de cette métaphore. Nous somme, ensuite, revenues à des perceptions plus habituelles par le biais du paysage sonore présent autour de nous. Mme C. à ré-ouvert les yeux. Elle m'a dit avoir passé un moment très agréable et espérer que l'on recommence bientôt.

V. Discussion théorico-clinique

Cette étude est centrée autour de deux problématiques exploratoires principales:

- L'Hypnose est-elle possible avec ces patients ? Par quels procédés méthodologiques ?
- Que peut apporter l'Hypnose dans l'accompagnement clinique des patients âgés atteints de la maladie d'Alzheimer, vivants en EHPAD ?

1. Des signes de transe hypnotique

A travers l'étude de ces trois cas cliniques, j'ai pu observer des **signes de transe hypnotique** tels que le relâchement musculaire, le ralentissement de la respiration, une attention accrue sur certaines tâches et perceptions sensorielles et, ce, malgré les troubles de l'attention dont souffrent ces patients. J'ai, aussi, constaté une facilité à s'exprimer étonnante. Il semble donc que **l'Hypnose est possible** auprès des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade modéré et sévère.

2. Des Aspects méthodologiques facilitants

D'un point de vue méthodologique, j'ai pu noter six aspects fondamentaux pour l'utilisation de l'Hypnose auprès de ces patients.

Tout d'abord, afin d'aider le patient à se sentir détendu et en confiance, il semble important d'**utiliser les habitudes comme support à la relation hypnotique**.

Lorsque que l'on connaît le patient, avant de proposer l'Hypnose, il est intéressant de conserver certaines similitudes : le lieu de la rencontre, la façon de rentrer en contact ...

Comme j'ai pu le voir avec Mme H., la réutilisation des mobilisations passives, habituellement utilisées en entretien classique, à aider la patiente à se détendre, à « plonger » dans l'exercice hypnotique. L'utilisation détournée du « chemin » de l'orthophoniste avec Mme R., m'a montré qu'il est parfois intéressant de solliciter les autres professionnels intervenants auprès du patient pour connaître leur façon de rentrer en relation avec lui et s'inspirer de leurs expériences voire détourner leurs outils.

Si l'on a affaire à un nouveau patient, il semble alors pertinent de construire, avec lui, des habitudes. Une ritualisation permet au patient d'avoir des repères.

Bien **préparer les séances** est déterminant pour le bon déroulement de celles-ci. En effet, cela m'a permis d'avoir des repères, de savoir que faire et pour qu'elles raisons et de ne pas trop me laisser happer par la confusion de mes patients. Ceci dit il est important de **se laisser**

surprendre par les potentialités insoupçonnées des patients et être à leur écoute. La préparation des séances doit être un projet, une intention et non pas un protocole figé. J'ai noté, dans le déroulé des séances que les temps les plus forts sont nés à travers l'expression des patientes. Mme C. me parle de ses sensations bizarres dans les mains et me permet de prendre réellement le temps d'induire l'Hypnose à travers les sens avant de plonger dans un souvenir agréable. Mme R. ne suit pas l'induction de la lévitation de la main et tout à coup s'exprime avec une fluidité étonnante. Mme H. s'endort et me donne l'idée et l'occasion de faire une suggestion post-hypnotique de détente et de repos... Tous ces « événements hypnotiques » étaient imprévisibles et, pourtant, tout à fait marquants et essentiels. De même, j'ai observé qu'en suivant, de manière trop rigide, ce qui était prévu, les patientes m'interpellaient ; par exemple lorsque Mme C. est sortie de la transe hypnotique parce que je n'avais pas, immédiatement, accompagné la métaphore de la promenade qu'elle m'avait suggérée...

D'autre part, de même qu'avec tous les patients, il est fondamental de **s'aider de la notion de pacing** et de ne pas limiter celle-ci à un ajustement de la respiration. L'utilisation de la langue maternelle du patient, le fait de ne pas hésiter à toucher un patient atteint de MA, sont aussi des portes d'entrée vers son monde symbolique et émotionnel.

On peut aussi souligner que, bien que des aménagements méthodologiques soient à effectuer, **certaines inductions et suggestions « classiques » sont utiles**. On note que les inductions sensorielles, telles que l'exploration du paysage sonore et le scan du corps, l'évocation d'un souvenir agréable et les suggestions de détentes, peuvent être utilisées avec les patients, voire même, être considérées comme intrinsèquement thérapeutique dans le cadre d'une approche symptomatologique. Mme H. s'endort alors qu'elle semble épuisée et qu'elle souffre de troubles du sommeil. Mme C. est active pendant la séance, propose des choses alors qu'elle souffre d'apathie. Mme R. parle de manière fluide alors qu'elle souffre de troubles du langage.

Utiliser d'autres outils et ne pas hésiter à les « mixer » aux outils hypnotiques classiques, enrichit les séances. On a constaté que le « chemin sinueux » et les « mobilisations passives », outils bien adaptés à la prise en charge thérapeutique des patients souffrant de MA, peuvent être considérés comme de puissantes inductions hypnotiques visuelle et cénesthésique.

3. Les apports de l'Hypnose à l'accompagnement thérapeutiques des 3 patientes.

Dans le cadre d'approches psychothérapeutiques, l'Hypnose a apporté des réponses à court terme aux problématiques de ces trois patientes.

a) Pour les patientes

L'Hypnose a **favorisé leur bien-être général**, au moins le temps de la séance, et même dans la journée qui a suivi. On relève notamment des expressions faciales de détente et des sourires chez les trois patientes.

Certains signes de **diminution, à court terme, de l'anxiété** sont aussi apparus chez Mme H. Elle fait preuve d'un certain lâcher prise en montrant un relâchement du tonus musculaire puis en s'endormant pendant la séance et en déambulant moins le soir suivant.

En ce qui concerne les symptômes dépressifs, on note une **amélioration de l'humeur**. De plus, l'Hypnose apparaît comme **un bon moyen de lutte contre l'apathie**, au moins durant la séance. Mme C. parlait de la séance comme un moment agréable pendant lequel elle s'est fait plaisir et a même demandé à recommencer un autre jour. Mme H. était souriante après la séance et déclarait se sentir bien. Ces indices peuvent paraître anecdotiques, cependant tout instant de bonheur est précieux dans le cadre de la clinique du patients âgé atteint de MA.

A ce stade, l'étude ne nous donne pas d'élément de réponse pour ce qui est du renforcement de l'estime de soi chez ces patients.

Tout comme d'autres approches psychocorporelles, l'Hypnose est donc une approche prometteuse pour l'accompagnement des patients atteint de MA. Afin de mesurer plus précisément ce qu'elle apporte, il faudrait, maintenant, mener une étude à moyen terme auprès d'un échantillon plus important, avec des outils de mesure validés : du bien-être général, de l'anxiété, de la dépression, de l'estime de soi et des troubles du comportement.

b) Pour le psychologue

Pour le thérapeute, l'Hypnose peut permettre de médiatiser la relation thérapeutique, d'explorer les demandes du patient et d'aborder les différentes demandes du patient et de l'équipe.

Avec Mme R., aucun suivi régulier n'avait, jusqu'à présent, été mis en place parce que les entretiens cliniques étaient pauvres et la relation thérapeutique difficile à installer. Le travail en Hypnose m'a donné l'impression d'accompagner Mme R. dans son monde subjectif. J'ai eu, par moment, l'impression d'être moi aussi en état d'hypnose. Les métaphores que j'employais étaient directement inspirées des réactions émotionnelles de Mme R. Tout se passait comme si c'était elle qui guidait la séance. Il en fut de même avec Mme C.

Malgré le manque de recul pour évaluer l'importance de ces ressentis dans l'évolution des relations thérapeutiques, cette expérience m'a interpellée et me donne à penser que **l'Hypnose peut permettre de médiatiser la relation thérapeutique patient/thérapeute.**

Mme R. s'est exprimée verbalement comme jamais encore durant un entretien classique et Mme C. a évoqué de nouveaux souvenirs. Si l'expression verbale des patients est facilitée on peut penser que l'exploration de leur demande le sera aussi. Cette question de **l'exploration de la demande du patient, en Hypnose, reste à être examinée** dans une future recherche.

Pour les trois patientes, **l'Hypnose a permis d'aborder leurs problématiques** psychologiques alors que les entretiens classiques menaient à une impasse.

Pour Mme C., j'avais relevé une demande de l'équipe en termes d'apaisement des accès dépressifs et une demande de la patiente qui souhaitait passer des moments agréables. Les deux demandes ont pu être abordées dès la première séance. De plus, le deuil de Mme C. qui ne fait pas l'objet d'une demande prioritaire mais qui fait socle aux troubles de l'humeur, a été symboliquement abordé.

Pour Mme R. la séance d'Hypnose lui a permis d'être écoutée et entendue, en accord avec la demande implicite qui avait été mise à jour à la lecture de ses troubles du comportement. L'équipe a aussi observé une diminution à court terme de certains troubles du comportement, en particulier les déambulations.

Pour Mme H., la demande principale était la diminution de l'angoisse ; on a pu l'observer pendant la séance et les heures suivantes.

Ainsi, pour les trois cas présentés ici, **l'approche hypnotique offre des résultats encourageants.**

4. Discussion éthique

Quelle que soit l'approche, l'accompagnement de personnes atteintes de MA pose la question éthique du consentement libre et éclairé des personnes concernées. Comment recueillir un consentement libre et éclairé, de la part de patients atteints de MA ? L'article 12 du code de déontologie dit que « Lorsque l'intervention se déroule dans un cadre de contrainte ou lorsque les capacités de discernement de la personne sont altérées, le psychologue s'efforce de réunir les conditions d'une relation respectueuse de la dimension psychique du sujet. » Comme on a pu l'observer, l'Hypnose, dans le cadre d'un accompagnement thérapeutique réalisé par un psychologue, permet de médiatiser la relation thérapeutique patient/thérapeute, voire de renforcer l'alliance thérapeutique. Elle peut favoriser l'expression émotionnelle des patients et faciliter l'exploration de leurs demandes. Ainsi, à partir du moment où l'Hypnose est intégrée à

une démarche réflexive, elle peut permettre de réunir les conditions d'une relation respectueuse de la dimension psychique du sujet.

Cette démarche réflexive, n'est pas propre à l'Hypnose mais bien à la pratique du psychologue, tel que nous le rappelle le code de déontologie à l'article 23 : « La pratique du psychologue ne se réduit pas aux méthodes et aux techniques employées. Elle est indissociable d'une appréciation critique et d'une mise en perspective théorique de ces techniques. » Aussi, d'un point de vue éthique, pour développer une pratique clinique de l'Hypnose dans le champ spécifique de la MA, il apparaît fondamental de multiplier les expériences de recherches appliquées afin de consolider nos connaissances théoriques et méthodologiques dans ce domaine.

D'autre part, le premier principe déontologique général de la pratique du psychologue est le respect des droits des personnes : « 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 ». L'article 9 de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, souligne que l'accès aux soins et à la compensation des handicaps est un droit fondamental : « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles ». Les caractéristiques spécifiques de l'approche hypnotique et les observations cliniques que j'ai noté dans ce mémoire, nous amène à penser l'Hypnose comme une approche privilégiée dans des cas de confusion, de troubles du langage et d'apathie chez les sujets âgés. Aussi, d'un point de vu déontologique, la pratique de l'Hypnose est en adéquation avec l'accompagnement des personnes âgés atteintes de MA.

VI. Conclusion

Cette démarche exploratoire m'a permis d'entrevoir les possibilités qu'offre l'Hypnose en termes d'accompagnement clinique des patients atteints de MA.

L'Hypnose peut rendre plus efficient l'accompagnement de ces patients en ce qui concerne leurs troubles psycho-comportementaux en respectant les conditions suivantes :

- une approche intégrée à une relation thérapeutique basée sur une bonne alliance ;
- des demandes du patient et les objectifs de séances bien circonscrits;
- une Hypnose flexible, adaptative et à l'écoute de la particularité de chaque patient.

Cependant, afin de mesurer précisément les apports de l'Hypnose dans le champ de la MA, il est nécessaire de construire une démarche de recherche expérimentale permettant de confirmer ou d'infirmer les hypothèses d'efficacité de l'Hypnose, trouble par trouble, auprès d'un large échantillon de patients, pour chacun des stades de la maladie et par différents hypnothérapeutes.

En ce qui concerne ma propre pratique clinique, l'Hypnose m'apporte principalement une nouvelle façon d'entrer en relation avec ces patients. Elle m'ouvre des pistes de réflexion et de travail auprès de patients pour lesquels je me sentais, jusqu'à présent, plutôt démunie.

La rédaction du mémoire en lui-même m'a aussi imposée une certaine rigueur dans l'élaboration des séances et m'a donné l'envie de mieux évaluer ma pratique quotidienne. Je suis curieuse de connaître les effets à moyen terme de l'Hypnose. Dans un premier temps, je souhaite évaluer plus précisément l'impact de l'Hypnose sur l'anxiété de mes patients souffrants de MA. En parallèle, je veux encourager l'équipe soignante à mieux inventorier les troubles du comportement pour savoir s'ils évoluent de façon concomitante à l'anxiété.

Pour terminer, l'apprentissage de l'Hypnose et son intégration à ma pratique m'ont permis de vivre des moments de complicité, de rire et d'émotion avec mes patients.

VII. Bibliographie

- Ajuriaguerra. (1964). Préface de l'ouvrage. Dans LEMAIRE, *La relaxation*. Paris: Payot.
- Arbus, Andrieu, Amouyal-Barkate, Nourhashémi, Schmitt, Vellas, et al. (2003, 10). Symptômes dépressifs dans la maladie d' Alzheimer :résultats préliminaires de l'étude REAL.FR. *La Revue de Médecine Interne, 24, Supplement 3*, pp. 325-332.
- Association-France-Alzheimer. (s.d.). Consulté le 02 2013, 15, sur Union des associations France Alzheimer et maladies apparentées: <http://www.francealzheimer.org>
- Bergua, Swendsen, & Bouisson. (2006, 03). Anxiété, dépression et comportement chez les personnes âgées : étude en vie quotidienne. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 16, Issue 1*, pp. 7-11.
- Bioy, Wood, & Célestin-Lhopiteau. (2010). *L'Aide-mémoire d'Hypnose*. Paris: Dunod.
- Bums, Jacoby, & Levy. (1990, 07). Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. I : Disorders of thought content. *British Journal of Psychiatry*, pp. 72-94.
- Célestin-Lhopiteau, & Thibault-Wanquet. (2006). *Guide des pratiques psycho-corporelles*. Paris: Masson.
- Chatillon, & Declerck. (2009). *Manuel de Sophrologie et de Sophrothérapie*. Grego.
- Ducloux. (2006, 1). Sophrologie et accompagnement des personnes en fin de vie. *Revue internationale de soins palliatifs, 21*, p. 39.
- Etchelecou, Balsamo, Bresler, Fouche, Fortuna, Herreman, et al. (2012). *Sophrologie : applications thérapeutiques*. InterEditions.
- Feil, Blanchard, & Roux-Brioude. (1997). *Validation mode d'emploi techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes démences séniles de type Alzheimer*. Paris: Pradel.
- Fromage. (2001, 4). Groupe de relaxation avec des personnes âgées en institution. *Champ psy(24)*, pp. 131-144.
- Gallarda. (2011, 09). Thérapeutique des troubles psycho-comportementaux de la personne âgée. *L'Encéphale, 37, Issue 4, Supplement 4*, pp. 26-30.

- Gallarda, & Roblin. (2009, October). C29 Dépression et maladie d'Alzheimer. *Revue Neurologique*, 165, Issue 10, Supplement 1, pp. 34-35.
- Granone. (1982, 09 24). Therapeutic hypnosis in geriatrics. Medical, psychological and sociologic considerations on aging. *Minerva Med.*, 73.
- Guetin, Coudeyre, Picot, & al., e. (2005). Effect of music therapy among hospitalized patients with chronic low back pain: a controlled, randomized trial. *Ann Readapt Med Phys*, 48, pp. 217-224.
- Guetin, Portet, Picot, Defez, Pose, Blayac, et al. (2009, 02). Intérêts de la musicothérapie sur l'anxiété, la dépression des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et sur la charge ressentie par l'accompagnant principal (étude de faisabilité). *L'Encéphale*, 35, Issue 1, pp. 57-65.
- Hamill, Smith, & Rohricht. (2012, 11). Dancing down memory lane: Circle dancing as a psychotherapeutic intervention in dementia-A pilot study. *Dementia*.
- Hoenner, & Gardey. (2004, 12). La démence sénile de type Alzheimer (DSTA) : Pertinence d'une prise en charge psychothérapique à médiation corporelle. *l'Information Psychiatrique.*, 80(10), pp. 829-840.
- Institut-Français-d'Hypnose. (s.d.). *Lexique Hypnose - Institut Français d'Hypnose*. Consulté le 02 10, 2013, sur Institut Français d'Hypnose (IFH) - Formation à l'hypnose: <http://www.hypnose.fr/hypnose/lexique-hypnose/#safe-place>
- Kircher, Stetter, & Wormstall. (1997, 09). Use of supportive autogenic training in multiple morbidity in geriatric psychiatry patients. *Z Gerontol Geriatr*. 1997 Sep-Oct;30(5):348-53., 30, pp. 348-353.
- Kircher, Teutsch, Wormstall, Buchkremer, & Thimm. (2002, 04). Effects of autogenic training in elderly patients. *Z Gerontol Geriatr*, 35, pp. 157-165.
- Kramer, Bherer, Colombe, Dong, & Greenough. (2004). Environmental influences on cognitive and brain plasticity during aging. *Journal of Gerontology : Medical Sciences*, 59, pp. 940-957.
- Léger, Tessier, & Mouty. (1989). *Psychopathologie du vieillissement*. Paris: Doin.
- Lyketsos, & Olin. (2002, 05). Depression in Alzheimer's disease : overview and treatment. *Biol Psychiatry*, pp. 243-252.

- Lyketsos, Steele, & Steimberg. (2000). Behaviourial disturbance in dementia. Dans W. & Wilkins, *Care of the edery : Clinical aspects of aging* (p. 2146128). Baltimore.
- Muller-Pinget, & Golay. (2008). Danse-thérapie dans les soins. Dans Paul, & Gagnayre, *Le rôle de l'Art dans les éducations en santé*. L'Harmattan.
- Munro, & Mount. (1978). Music therapy in palliative care. *Can Med Association Journal*.
- Ranty. (1990). *Le Training Autogène Progressif*. Paris: P.U.F.
- Rossen. (1986). *Ma voix t'accompagnera; Milton H.Erickson raconte* . Hommes et Groupes éditeurs.
- Roustang. (2003). *Qu'est-ce que l'hypnose?* Les éditions de Minuit.
- Salem. (2012). La transe hypnotique. Dans Salem, & Bonvin, *Soigner par l'hypnose, 5ème édition* (pp. 17-27). Elsevier-masson.
- Salem. (2012). Les techniques hypnotiques. Dans Salem, & Bonvin, *Soigner par l'hypnose, 5ème édition* (pp. 43-55). Elsevier-masson.
- Salem. (2012). L'hypnothérapie. Dans Salem, & Bonvin, *Soigner par l'hypnose, 5ème édition* (pp. 56-79). Elsevier-masson.
- Salem. (2012). Petite boîte à outils de l'hypnothérapeute. Dans Salem, & Bonvin, *Soigner par l'hypnose, 5ème édition* (pp. 95-155). Elsevier-masson.
- Société-Alzheimer-Canada. (s.d.). *About dementia: Alzheimer's disease*. Consulté le 02 15, 2013, sur Alzheimer.ca: <http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/Alzheimer-s-disease>
- Soubiran, & Coste. (1974). *Psychomotricité et relaxation psychosomatique*. Doin.
- Steer, Rissmiller, & Beck. (2000, 03). Use of the Beck Depression Inventory-II with depressed geriatric inpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 38, Issue 3, pp. 311-318.
- Teri, Ferretti, Gibbons, Logsdon, McCurry, Kukull, et al. (1999). Anxiety in Alzheimer's disease: Prevalence and comorbidity. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Science*, 54, pp. 348-352.
- Thouraille. (1994). La sophrologie : approche phénoménologique, synthèse psychosomatique. *Kinésithérapie Scientifique*(332), pp. 37-45.

Zimbardo, & Boyd. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*(77), pp. 1271-1288.

VIII. Annexe

1. GIR : Présentation descriptive des 6 groupes iso-ressources

Les groupes iso-ressources (GIR) permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Ils sont au nombre de six. Le classement dans un GIR s'effectue en fonction des données recueillies par une équipe médico-sociale à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie - Groupe Iso-Ressources) qui permet de pondérer différentes variables (par exemple : la cohérence, l'orientation, la toilette, la communication).

GIR 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées. La présence constante d'intervenants est indispensable.

GIR 2 : comprend deux groupes de personnes dépendantes :

1) Celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées ; une prise en charge est nécessaire pour la plupart des activités de la vie courante.

2) Celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui peuvent se déplacer ; certains gestes, tels que l'habillage, la toilette, ne peuvent être accomplis en raison de la déficience mentale.

GIR 3 : personnes qui ont conservé partiellement leurs capacités motrices, mais ont besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver, aller aux toilettes.

GIR 4 : regroupe deux types de personnes :

1) Celles qui ont besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais peuvent se déplacer seules à l'intérieur du logement ; une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage.

2) Celles qui n'ont pas de problème de transfert ou de déplacement, mais qui doivent être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

GIR 5 : personnes qui sont relativement autonomes dans leurs activités : elles se déplacent seules, mais ont besoin d'aides ponctuelles pour la toilette, la préparation des repas, l'entretien du logement.

GIR 6 : personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante.

Résumé

La maladie d'Alzheimer est plus qu'une maladie de la cognition avec dégradation progressive des facultés intellectuelles, elle est aujourd'hui considérée comme une pathologie dégénérative pour laquelle il est impossible d'occulter la dimension psycho-comportementale. Face aux patients souffrant de la maladie d'Alzheimer le psychologue se trouve confronté à une multitude d'obstacles.

Les approches psychocorporelles révèlent des atouts pour l'accompagnement psychologique de ces patients. Envisager l'Hypnose comme une approche thérapeutique dans l'accompagnement psychologique de patients âgés atteints de la maladie d'Alzheimer pose différentes questions.

L'Hypnose est-elle possible avec ces patients ? L'Hypnose nécessite-t-elle une adaptation méthodologique pour leur être proposée ? Que peut leur apporter l'Hypnose ?

Au sein d'une démarche exploratoire, trois analyses de cas sont présentées. Dans le cadre d'un soutien psychologique, elles ont révélé que l'on peut observer des signes de transe hypnotique chez les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer et que des aspects méthodologiques spécifiques sont à prendre en compte pour leur proposer l'Hypnose.

L'Hypnose a montré des signes encourageants pour la lutte contre les troubles thymiques de ces patients. Cette approche permet de médiatiser la relation patients/thérapeute. Elle peut favoriser l'expression émotionnelle des patients et faciliter l'exploration et la prise en compte de leurs demandes par le psychologue.

Il apparaît fondamental de multiplier les expériences de recherches appliquées afin de consolider nos connaissances théoriques et méthodologiques dans ce domaine.

Mots Clefs

Psychologie – Gériatrie - Maladies d'Alzheimer – Hypnose - Approches psychocorporelles