

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.

Marie-Pierre MONIN GALLET
Université de Bourgogne
U.F.R Sciences Humaines et Sociales

DIPLOME UNIVERSITAIRE : HYPNOTHERAPIE

Maladie D'Alzheimer et Hypnose :
Comment entrer dans le monde de l'Autre ?

Dirigé par Antoine BIOY,
Maître de conférences HDR - Université de Bourgogne
Psychologue Clinicien et Hypnothérapeute

14 JUIN 2013

Remerciements

*A A. Bioy qui nous a fait l'honneur d'ouvrir ce diplôme
d'Hypnothérapie et nous a permis toutes ces belles rencontres.*

*A tous les intervenants qui nous ont apporté avec humilité et passion leur
savoir être et leur savoir faire*

*A tous mes camarades de promo pour l'ambiance collégiale, l'intelligence
et le respect dans lesquels se sont déroulés les cours*

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	4-6
CADRE THEORIQUE	7-20
I. LA MALADIE D'ALZHEIMER	7-13
I.1 Définitions	7
I.2 Le cerveau ou la suprématie des Neurosciences.....	8-9
I.3 Psychogénèse et hypothèses plurifactorielles.....	9-13
II. L'HYPNOSE.....	14-18
I.1 Définitions	14-16
I.2 Neurosciences et hypnose.....	16-17
I.3 Hypnose et Maladie d'Alzheimer.....	17-18
III. PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE	19-20
METHODOLOGIE :	21-27
I.1 le cadre institutionnel des rencontres.....	21
I.2 Cadre thérapeutique	21-22
I.3 Présentation des patients	22-27
DISCUSSION.....	28-34
CONCLUSION.....	35-36
BIBLIOGRAPHIE	37-40
ANNEXES	41-47

INTRODUCTION

Ma rencontre avec l'hypnose :

Je suis psychologue clinicienne dans un Centre Hospitalier et dans une structure privée de soins à domicile sur plusieurs temps de travail, dont le point commun est la maladie d'Alzheimer. J'ai fait mes études ainsi que mon cursus universitaire à Dijon. Un détour par Lyon pour un DU de Thérapie Cognitive et Comportementale, une formation en EMDR et un retour à la psychanalyse avec un approfondissement pendant un an de la pensée lacanienne par l'Association la Cause Freudienne de Bourgogne Franche Comté.

Et à chaque fois cette impression que, quelque soit la technique, c'est la qualité relationnelle qui prime et quelles que soit les théories, elles ont toutes beaucoup plus de points communs que n'en croient souvent leur maitres à penser. Cette impression que je ressentais fut d'ailleurs confortée de différentes manières par les intervenants cette année et c'est, je pense, ce qui a fini par me séduire : enfin j'étais arrivée à ce que je cherchais, je me reconnaissais dans ces propos, je me retrouvais dans ce positionnement, je me sentais revivre professionnellement dans ce courant humaniste et dans cette technique étonnante et tellement riche.

Mais avant d'aller plus loin, il faut remonter aux sources : pourquoi en cette année universitaire 2012-2013 me voilà embarquer dans un DU d'hypnose. Car il s'agit bien là d'un voyage, un voyage magique (même s'il ne faut pas trop le dire), un voyage que j'ai attendu très longtemps.

Cet exercice de mémoire m'a obligé à convoquer tous mes souvenirs et j'espère pouvoir vous livrer les vrais !

La première fois que j'ai entendu parler d'hypnose, je devais être en terminale, en cours de philosophie sur « Freud et la psychanalyse ». Je pense qu'à l'époque c'est ce qui m'a motivé à entrer en faculté de psychologie. Là, pas d'Antoine Bioy à l'horizon 1992 et seulement des profs qui nous expliquent que Freud a abandonné l'hypnose et qu'on ne

l'utilise plus depuis longtemps. Passée cette grande déception, je continue sur cette voie et tente une fois diplômée de trouver d'autres outils, je me cherche professionnellement.

Puis il y a quelques années j'entends de nouveau parler d'hypnose, en 2003, quand je me forme à l'EMDR et que D. Servan Schreiber évoque le lien avec l'hypnose. Puis plus récemment il y a 3 ans quand une collègue et amie se lance dans l'aventure à Paris.

En 2011, je reçois un message de l'Université de Bourgogne, sur ma boîte mail du CHU m'annonçant l'ouverture d'un Diplôme Universitaire d'Hypnothérapie sur Dijon : le sérieux d'un diplôme universitaire avec des intervenants de choix il ne m'en fallait pas plus pour me décider !

Mais chaque chose en son temps, accouchement, baby blues et après inscription au D.U : à quelques détails près c'est ce qui s'est passé !

Le sujet d'étude choisi :

Pourquoi Alzheimer ?.....et pourquoi pas !!!!

Après tout c'est un des rares terrains vierges de l'hypnose et ça tombe bien je travaille en gériatrie et en neurologie avec des personnes souffrant de cette maladie.

Ma première motivation pour choisir ce sujet c'est, qu'en tant que psychologue, je me sens démunie face à ces malades qui ont un problème de communication et de relation ; on a beau me dire : il faut servir de moi auxiliaire, faire preuve d'étayage, de prêts de mots et servir de miroir à l'autre, je ne me sens pas très efficace. En plus, je suis au sein de deux consultations, donc la fréquence des rendez-vous et le lieu, souvent anxiogène, ne me semblent pas du tout appropriés.

Jusqu'à présent, j'essayais plutôt dans ce contexte, de travailler auprès des familles, de l'entourage proche qui en a non seulement besoin mais aussi dans l'hypothèse qu'en apaisant le conjoint, l'enfant devenu le parent de son propre parent et en le conseillant, l'environnement du patient sera le plus favorable possible. Car bien souvent ce sont des personnes très sensibles aux mouvements affectifs, au climat qui les entoure.

Sans rejeter cette part importante du travail, comment aborder le patient atteint de cette maladie sous l'angle de l'hypnose?

Plusieurs points m'ont conforté dans le choix de ce sujet :

- Nous sommes un groupe génial cette année, très uni, et le partage des informations nécessaires aux uns et aux autres s'est fait naturellement.
- Dans ce groupe plusieurs psychologues travaillent en secteur gériatrique et ont eu la même idée : encourageant donc... les grands esprits se rencontrent !
- Dans les intervenants, deux personnes m'ont conforté dans mon choix ; Lolita Mercadié qui semblait très intéressée pour travailler avec Aurélia Bugaïska sur hypnose et maladie d'Alzheimer. Antoine Bioy, avec qui nous avons pu échanger sur le sujet, ce qui m'a permis de démarrer une réflexion sans bloquer sur ce choix un peu périlleux.

Par contre il y avait quelques détails soucieux :

- Comment faire quand on trouve 3 articles sur le sujet?
- Et qu'on est novice ?

Je me suis donc mise au travail pour tenter de m'éclairer sur une possible adéquation entre la pathologie et la méthode thérapeutique choisie et à partir de là, la proposer à des patients et recueillir leurs réactions.

Afin de développer ce cheminement, je commencerai par vous présenter ce qu'est la maladie d'Alzheimer, puis ce que j'ai pu comprendre de l'hypnose à travers ses praticiens et ses auteurs. Enfin, le lien que j'ai pu faire entre ces deux notions. Puis, j'aborderai ma rencontre avec les patients et Me C.

CADRE THEORIQUE

« La parole est un pont qui permet aux humains de communiquer et la mémoire est un pont entre le présent et le passé. La rivière de la vie grossie par les orages et du temps détruit peu à peu les ponts de la mémoire et de la communication. Chaque pierre est un mot. Chaque brique un souvenir. Que faire lorsqu'on ne trouve plus les pierres et les briques ? »

« Puzzle- Journal d'une Alzheimer » Claude Couturier a été diagnostiquée Alzheimer en 1997 à 49 ans.

I. LA MALADIE D'ALZHEIMER

I.1 Définitions

Il existe beaucoup de définitions de la maladie d'Alzheimer et ce mémoire n'a pas pour but de toutes les recenser. Nous avons donc choisi de l'aborder selon deux axes. Le premier courant est médical et prédomine actuellement tant au niveau de la théorisation qu'au niveau des recherches. Le second apporte une vision différente qui nous permet de nous situer en tant que soignants dans la possibilité d'atteindre cet autre, là où il est.

La démence de type Alzheimer ne représente pas une maladie nouvelle.

Historiquement, le fait de la démence sénile est très ancien. Les historiens font en général remonter l'invention du terme « démence » au *De re medicina* d'Aurelius Celsus (une compilation des écrits hippocratiques qui date du début du 1er siècle), et c'est chez un médecin du 2e siècle (Arétée de Cappadoce) que l'on trouverait la première occurrence de l'expression « démence sénile ». (F Gzil, 2009)

I.2 Le cerveau ou la suprématie des Neurosciences

Classiquement, l'histoire de la maladie d'Alzheimer débute le 26 novembre 1901, le jour où Aloïs Alzheimer entreprend l'examen d'Auguste D. à l'asile de Francfort, femme de 51 ans qui subitement avait développé des idées de jalousie considérées comme délirantes. Alzheimer est un homme qui a vu le cerveau malade avec les lésions d'Alzheimer qu'on lui a attribuées et cela nous renvoie à la maladie d'Alzheimer comme maladie organique : ce fameux processus dégénératif primaire (J-M CAIRE, 2009) A une époque où la psychiatrie et la psychanalyse prévalent, A. Alzheimer voulait resituer l'importance de l'histopathologie. Pour lui, l'anatomopathologie avait, dans le champ de la psychiatrie, une fonction tout à fait déterminée : elle devait aider à distinguer les pathologies et à délimiter les tableaux cliniques.

Ce n'est qu'au début des années 1970 que l'intérêt pour la maladie d'Alzheimer a commencé à se développer et c'est dans les années 1980 qu'elle a commencé à être regardée comme un problème majeur de santé publique. (F Gzil, 2009)

De nos jours, selon l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, la démence de type Alzheimer est une maladie cérébrale neurodégénérative primitive. Elle est classée parmi les troubles mentaux et du comportement dans la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) et se caractérise par un déclin progressif des fonctions cognitives telles que la mémoire, l'idéation, la compréhension, le calcul, le langage, la capacité d'apprendre et le jugement.

Les perturbations cognitives s'accompagnent habituellement (et sont parfois précédées) d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation. Elles ont un retentissement sur la vie quotidienne ou sur la vie professionnelle (Critères médicaux d'admission en vigueur (Décrets n° 2011-74-75-77 du 19 janvier 2011 et n° 2011-726 du 24 juin 2011 de la **Haute Autorité de Santé**)

Le processus pathologique semble confiné dans le cerveau. Il se caractérise par une importante perte neuronale et par la présence de deux types de lésions : les plaques séniles et les dégénérescences fibrillaires (annexe 1a et 1b). Elles sont peu nombreuses chez des sujets âgés asymptomatiques. Les chercheurs savent aujourd'hui que ces lésions sont

associées à une perte synaptique (probablement précoce) et que la mort neuronale est peut-être tardive. (**K. Mondon**, 2011)

Pour les Neurosciences la définition évolue sans cesse : de la première définition d'Alois Alzheimer qui a découvert cette maladie jusqu'aux dernières publications faisant date. Actuellement, la recherche et les publications vont vers la possibilité de poser un diagnostic de maladie d'Alzheimer au stade pré-démontiel et non pas (comme c'est le cas actuellement) une fois que les troubles retentissent déjà sur les activités de la vie quotidienne. Selon ces auteurs (révision des critères diagnostiques actuels), il n'est pas légitime d'attendre que la démence soit installée pour poser le diagnostic et mettre en place une prise en charge, car la maladie est « déjà là » avant que le tableau de démence soit constitué, et même – dans une certaine mesure – avant que les premiers symptômes n'apparaissent. (**A. Robillard**, 2012)

Ainsi, en 2010, des recommandations ont été élaborées - sous l'égide du « National Institute of Aging » et de l'« Alzheimer's Association » des Etats-Unis - pour définir ce que seraient les « stades précliniques (asymptomatiques) de la maladie d'Alzheimer ». Ces recommandations ont été publiées en 2011 dans la revue *Alzheimer's & Dementia* (**Sperling et al.** 2011). Se fondant sur le modèle élaboré par **Jack et al.** (2010), lequel se base largement sur l'hypothèse de la cascade amyloïde, trois stades séquentiels de la « maladie d'Alzheimer préclinique » ont été proposés (lesquels précéderaient le stade du « Mild Cognitive Impairment, MCI » ou trouble cognitif léger : cf. annexe 2a et 2b) Cette séquence s'inscrit donc bien dans la conception selon laquelle la substance β -amyloïde initie le processus (la cascade) pathologique de la « maladie d'Alzheimer ».

I.3 Psychogénèse et hypothèses plurifactorielles

Alors qu'au sein même des Neurosciences le débat fait rage, et même si la base organique de la maladie d'Alzheimer existe sans doute Il n'y a rien à dire de plus sur la maladie d'Alzheimer organique : elle est là, il n'y pas pour l'instant de traitement curatif. Plusieurs auteurs se sont donc attachées à la regarder sous un autre angle, peut être pour nous aider (soignants, thérapeutes, famille) à ne pas baisser les bras et à continuer d'être dans la relation, la communication et à regarder au-delà des déficits.

Si nous nous tournons vers **S. Freud**, il évoquait en parlant du vieillissement : «*Vous êtes vieux, vous mourez, vous agonisez, mais le désir est là, le désir est indestructible, c'est la vraie loi.*» Si le vieillissement est un processus normal, il peut cependant entraîner un certain nombre de handicaps. La dépendance qu'ils entraînent provoque des tensions intrapsychiques et également familiales. Lorsque les handicaps et les pertes deviennent trop importants le moi est en état de souffrance ; cela peut aller jusqu'à l'hémorragie narcissique. Le syndrome de glissement en est l'expression, c'est la voie de la régression libidinale.

Parlant des découvertes freudiennes sur la mémoire, **Jean Delay** écrivait qu'il avait démontré que: «*la mémoire est aux ordres du cœur, elle en suit les intermittences* ». Freud a tenu compte du fait que, si l'hystérique souffrait de troubles de la mémoire, ceux-ci n'étaient pas rattachés à des troubles organiques. Les hystériques souffraient de réminiscence : en les hypnotisant il y avait des souvenirs qui surgissaient. Il n'y avait donc pas eu disparition des souvenirs, mais seulement refoulement. Et comme pour les faire revenir il fallait ou l'hypnose ou les associations libres, c'est qu'il y avait une résistance de la part du patient qui, inconsciemment ne voulait pas se souvenir. Si l'hystérique du temps de Freud ne se souvenait pas de ses histoires sexuelles parce que le sujet était tabou, aujourd'hui, le nouveau sujet tabou c'est la mort, celle qui fait de nous des mortels. Pour éviter d'aborder ce sujet on va dénier l'existence de cette mort absurde pour conjurer l'angoisse qu'elle entraîne. Ainsi, selon **J. Maisondieu**, les troubles de mémoire pourraient être favorisés, de manière non consciente par la personne très âgée, par un mécanisme actif de refoulement, pour se mettre à l'abri de réminiscences d'un passé traumatique. Il considère le dément comme capable de mettre en veilleuse ses pensées pour se protéger de penser parce qu'elles le font trop souffrir, parce que la vie devient de moins en moins alléchante et le précipite inéluctablement vers l'oubli et la mort.

Dans la pathologie démentielle, la régression est massive. Les déments ont un « moi peau » (**D. Anzieu**) « passoire » (les fonctions de contenance et de maintenance sont particulièrement atteintes). La régression de la libido implique un retour aux étapes prégénitales : les pulsions partielles (orale et anale).

Si nous nous plaçons du côté de la question de la perte, nous entendons souvent dire que la dépression est généralement considérée chez le patient Alzheimer comme la résultante de la maladie. Or de très nombreux auteurs comme **C. Montani** (1994) pensent au vu de leur clinique que l'entrée en démence est souvent précédée d'un état affectif particulier avec prédominance dépressive. Les autres cliniciens-chercheurs pensent qu'à l'origine de l'Alzheimer, il y aurait toujours un état dépressif lié à la question de la perte. Le sujet âgé se guérirait de la dépression par la démence (**J. Messy**, 1985, 1992). Pour **Lai** cité par **Balier** (1979), les symptômes psycho-organiques sont une défense contre la dépression sous-jacente. L'apparente indifférence affective du dément ne serait en réalité qu'un masque qui lui servirait à dissimuler sa dépression ; il serait fondamentalement un déprimé. C'est pourquoi l'on peut remarquer que chaque fois qu'il y a amélioration de l'état de conscience, cela se fait toujours à l'intérieur d'un mouvement dépressif (**Balier**, 1979). Pour appuyer cette hypothèse, les études épidémiologiques observent que jusqu'à 75 ans en moyenne c'est la dépression qui est dominante, alors qu'au-delà c'est la démence qui devient prépondérante (**A. Chevance**, 2003). Cette idée d'un continuum entre dépression du sujet âgé et démence est renforcée par plusieurs études qui ont montré qu'il existait dans les deux à quatre ans qui suivent une dépression un risque de développer une démence d'Alzheimer (**Clément ; Paulin ; Léger**, 1997).

Mais revenir à expliquer la maladie d'Alzheimer uniquement par des théories psychistes aussi cohérentes soient-elles ne sont pas non plus validées actuellement par la recherche.

Un possible modèle d'étiologie multifactorielle psychogène/génétique c'est-à-dire d'un lien pouvant rendre compte de la perte cellulaire et de l'oubli s'appuie sur les travaux d'**Ameisen** (1996, 1999) sur un possible programme génétique de suicide cellulaire inscrit dans les gènes des neurones, gènes qu'il appelle « les gènes du suicide cellulaire ». Il existerait des gènes liés à la question de la survie ou de la mort des cellules. La distinction faite entre survie et mort provient du fait que parmi ces gènes, il y a ceux qui ont pour fonction – en l'absence de signaux – de provoquer la mort cellulaire, et ceux dont le rôle est d'empêcher la mise en action du programme de suicide cellulaire, donc de permettre la survie des cellules. Ce chercheur relate que les gènes qui ont pour fonction d'empêcher la mise en action du suicide cellulaire jouent un rôle essentiel dans le cancer. Il a aussi estimé

que des maladies neuro-dégénératives, telles que la maladie d'Alzheimer, étaient probablement aussi concernées par ces gènes. Mais dans ce type de maladie, ce serait les gènes activateurs de la mort cellulaire qui seraient en cause.

À la lecture de ces derniers points, il est vrai qu'il est tout à fait possible de penser que la perte neuronale soit liée à des facteurs génétiques, mais ce résultat et le mécanisme physio-génétique qui le concrétiserait pourraient en fait s'avérer être la conséquence d'un processus qui initialement serait d'ordre psychique.

Y. Lamour (1990), chercheur qui travaillait sur les mécanismes biologiques du vieillissement, s'interrogeant sur les mécanismes psychiques en jeu dans le vieillissement cérébral et la maladie d'Alzheimer, utilisa pour discuter de cette question la « métaphore de l'ordinateur », idée déjà amorcée par **L. Ploton** (1986). Ce que nous pouvons voir, c'est que toute volonté de dissocier affectif et cognitif du fonctionnement neuro-fonctionnel ne peut que constituer un artifice de raisonnement. Concernant les démences, on observe des phénomènes pathologiques sur trois plans : Neurologique/Cognitif/Psychopathologique (les deux premiers sont les plus étudiés et les mieux renseignés).

Ce modèle n'imagine pas des fonctions cognitives déconnectées des fonctions subjectives, des émotions et de l'humeur, pas plus que des régulations émotionnelles, neuroendocriniennes ou végétatives.

Ce qui nous intéresse d'autant plus en tant que clinicien dans cet article et qui rejoint notre propre expérience, c'est la description clinique des symptômes de la maladie :

- L'existence d'un possible sentiment de dévalorisation (honte), avec un risque de se sentir indésirable (qui influence les conduites)
- Le maintien d'une capacité de se déprimer, de se démotiver et de devenir apathique, de présenter des phénomènes anxieux et même des peurs évoquant des manifestations phobiques
- Une fréquence à se situer dans le passé (plongeon rétrogrades, hallucinations mnésiques).
- Une capacité, dans des situations émotionnelles qui rappellent des situations traumatiques antérieures, à rééditer des conduites anciennes

- Une altération des capacités subjectives (donner du sens par associations d'idées) avec la perte du sens figuré
- Une approche globale et approximative des situations et des relations avec autrui;
- Une conscience variable des troubles : ignorance (agnosie, déni?) fabulations, dissimulation;
- Un déficit de la communication codée, dite « digitale » mais un maintien de la communication para verbale dite « analogique »: le ton, la mimique, le regard
- Des variations cliniques ponctuelles, moments « d'état de grâce » (rôle de l'affect dans la mobilisation cognitive?).
- Possibilité de rejoindre le malade, en pleine réciprocité, dans le registre affectif.

C'est ce dernier point qui va nous permettre de rencontrer la personne en psychothérapie, puisqu'elle est dans une pertinence affective avec une sensibilité à l'empathie une capacité d'expression affective, et bien sûr la conservation de la trame affective de la vie psychique et de la dynamique adaptative inconsciente.

Cela conduit à travailler en s'appuyant sur l'hypothèse du maintien d'une forme inconsciente de mémoire et d'intelligence affective (dans une logique adaptative, défensive...).

Si la Neurologie réduit la maladie à une lente mort cérébrale, il existe encore une vie mentale à mobiliser dans nos espaces thérapeutiques, ceci grâce à la transformation du fonctionnement psychique dans la relation intersubjective. Mais nous savons combien, sur le plan transférentiel, il est difficile de travailler avec des patients qui ont perdu la capacité associative et, par là même, le plaisir à penser.

C'est une des raisons pour lesquelles le cadre de l'hypnothérapie nous paraissait intéressant pour permettre au patient dément de remobiliser des éprouvés corporels de plaisir et de déplaisir, avec retour progressif au pôle sensori-perceptif ; lorsque le langage fait défaut, le sensoriel peut être mobilisé. Et c'est sur ce mode que les patients déments sont en interaction avec leur entourage.

II. L'HYPNOSE

I.1 Définition

Malgré son nom issu du grec « hypnos » qui signifie sommeil, l'hypnose n'est pas un sommeil. Il s'agit d'un *état de veille particulier* (état modifié de conscience), appelé *transe hypnotique*. **A. Weitzenhoffer** (1988) précise que «les états de transe seraient un sous-groupe des états modifiés de conscience; les états hypnotiques étant eux mêmes un sous-groupe des états de transe. »

Il n'existe pas une seule mais plusieurs définitions de l'hypnose. C'est la multiplicité des théories sur l'hypnose qui a favorisé l'expression de plusieurs définitions selon l'idée de ce que les auteurs se font du phénomène hypnotique.

Nous nous sommes donc dit que la meilleure façon de la définir pour ce mémoire était de piocher dans chacune de ses définitions, ce qui nous avait paru important pour comprendre le phénomène, ce que nous en avons ressenti par les exercices faits en cours et ce qui fait lien avec le sujet traité ici.

En tout premier lieu il convient de parler d'**Erickson M. H.** qui est à l'origine d'un changement important dans la pratique hypnotique et dont la définition comprend toutes les bases de l'hypnose moderne telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui : Pour lui, les gens sont déjà en possession de *ressources* qui leur sont nécessaires pour changer. L'objectif est donc de libérer chez un patient, en hypnose ou en veille, les potentialités qui lui permettront d'améliorer son état. Il abandonne les suggestions directes de l'hypnose traditionnelle au profit d'une méthode beaucoup plus vaste. *La communication devient un outil thérapeutique*. Comme Freud il va l'utiliser pour aider le patient à entrer en contact plus directement avec son inconscient (**A. Bioy**, 2007).

Avec **M.H. Erickson**, l'hypnose est recadrée comme un *phénomène naturel*, corollaire du pouvoir d'imaginer, qui implique le choix volontaire d'un certain lâcher prise qui permet de s'immerger dans une activité mentale interne. Cette modification de l'expérience perceptuelle correspond à un mode particulier du cerveau humain aisément identifiable

dans de nombreuses situations du quotidien et peut être utilisée de ce fait tout aussi efficacement sans procédure d'induction de transe. **M.Kérouac** (1996) quant à lui précise que c'est un état et/ou un processus de conscience modifiée, produit par une induction directe, indirecte ou contextuelle, [...] est un état naturel que l'on peut vivre tous les jours : lorsqu'on rêve éveillé, lorsqu'on regarde un feu attentivement, lorsqu'on perd temporairement la notion du temps au volant d'une voiture ou, tout simplement, lorsqu'on est « dans la lune ».

F. Roustang en 2003 rajoutera que « c'est un phénomène naturel et actif où il y a une augmentation du contrôle de soi et non une perte ».

M.H. Erickson dira aussi que le développement, à des *fins thérapeutiques* de cette capacité de la transe est facilité par un apprentissage dont *l'hypnothérapeute est le guide*. **Bioy A. et Michaux D.** (2007) insistent effectivement sur ce dernier point : « l'hypnose s'inscrit avant tout dans une relation d'aide. Elle n'a pas de pouvoir en soi, mais trouve son potentiel dans le lien interpersonnel qui se tisse entre un hypnothérapeute et son patient. ». **J. Godin** (1991) évoque ces fameuses actions thérapeutiques: « C'est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient.». La **British Médical Association** (1995) note quant à elle « des phénomènes qui comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices, peuvent être dans l'état hypnotique produits et supprimés ».

L'hypnose Ericksonienne se fonde donc sur :

- L'identification des motivations et des ressources du patient
- La connaissance de son langage (verbal et non verbal) et de ses valeurs afin de rencontrer le patient dans son propre cadre de référence

- La mobilisation de ses ressources en utilisant le langage du patient et les valeurs du patient
- La création d'un lien, le plus souvent indirect ou métaphorique, entre les ressources et les problèmes à résoudre
- L'acceptation des résistances du patient comme un « style » relationnel et la capacité à utiliser ces résistances à des fins thérapeutiques.

Avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, cette rencontre avec l'autre est d'autant plus difficile que leur monde semble inaccessible, comme appartenant à une autre logique, et aux résistances psychiques viennent s'ajouter des troubles spécifiques qui barrent la route à la communication, à l'échange, à la relation, et que l'on peut peut-être contourner via l'hypnose.

I.2 Neurosciences et Hypnose

Comme pour la maladie d'Alzheimer, l'hypnose n'a pu faire l'impasse d'une lecture par l'approche neuroscientifique. C'est même un des phénomènes les plus étudiés.

Dans les années 50, **E. Hilgard** découvre qu'en état d'hypnose, la conscience semble dissociée en deux états différents.

C'est dans les années 90 avec **Faymonville E.** et grâce à l'amélioration des techniques d'imagerie que les recherches sur l'hypnose permettent de découvrir l'existence d'un état cérébral hypnotique spécifique avec une désactivation de certaines zones, observée aussi dans les autres états modifiés de conscience (phases de sommeil et état végétatif). De plus sous hypnose, le sujet active un réseau qui comporte les régions de la vision occipitale, des sensations pariétales et de la motricité précentrale, comme s'il voyait, sentait et bougeait, alors qu'il est immobile. Ces données objectives concordent avec le rapport subjectif des participants : ils mentionnent l'impression de « revivre » sous hypnose des moments agréables, alors que pendant la remémoration d'événements agréables en conscience habituelle, ils se « souviennent » seulement de leur vécu. De plus, le processus hypnotique s'accompagne de modifications du débit sanguin cérébral dans des régions corticales et sous corticales différant de l'éveil.

Même si les études actuelles sont plus axées sur le phénomène douloureux, ces découvertes permettent d'objectiver un état de conscience modifiée et posent la question de la possibilité d'activer ce phénomène quand il existe des lésions cérébrales.

I.3 Hypnose et Maladie d'Alzheimer

Nous emprunterons à **Guillou M.** ces quelques phrases qui ont sensiblement raisonnées à nos oreilles de psychologue travaillant en milieu gériatrique : « Si vous vous promenez au milieu de personnes âgées institutionnalisées, vous pouvez vous rendre compte que la majorité d'entre elles, bien que présente physiquement, semble absente mentalement, comme ailleurs. Les regards sont tournés vers une intériorité. Et parfois pour les rencontrer il est nécessaire d'aller les rechercher là où elles sont, il peut même être nécessaire d'insister... Cela ressemble bien à une présence/absente, à une dissociation... un état en rapport avec l'hypnose. La particularité c'est de chercher où elles sont quand elles sont absentes (leur mémoire, le monde de tous leurs souvenirs) pour leur apprendre à y retourner volontairement quand la réalité douloureuse les en fait sortir. Se remettre en lien avec les souvenirs, avec la mémoire, très précise dans son inscription sensorielle et affective, [...]. C'est aussi à partir de cette mémoire vivante que le thérapeute pourra restimuler chez la personne âgée une présence plus incarnée. »

Autrement dit, ce qui serait thérapeutique et ce que conçoit **Célestin-Lhopiteau I.** c'est que « l'hypnose amène à prendre conscience de ce qui se passe dans l'instant présent, hic et nunc, ici et maintenant, dans une relation aux autres et au monde qui ne passe pas seulement par un moi pensant, mais en explorant l'éventail des sensations, des émotions et des pensées. »

Cette façon d'envisager la rencontre peut alors s'ancrer dans la philosophie de l'incarnation développée par **M. Henry** (2000) qui propose un modèle phénoménologique de la conscience. Pour lui, la conscience apparaît, non pas esprit séparé du corps, mais vie sentie, éprouvée, subie, partagée et nous arrache à la sécheresse de la « mécanisation » de l'esprit nous conduit à nous penser incarné. (**G. Salem et E. Bonvin**, 2012)

Ainsi notre conscience ne se limite pas à la réflexivité, c'est-à-dire la conscience que l'on a d'être conscient. Il parle d'autorévélation de la vie dans la chair, pas à pas, instant par instant. Cette philosophie de vie raisonne pour nous avec les propos développés par **S. Cohen** cette année au DU, dans son cours d'avril 2013, sur sa pratique de l'hypnose où elle nous a beaucoup parlé de cette idée de s'incarner au sens d'être dans sa carne, dans son corps grâce à l'hypnose. L'hypnose permettrait alors de toucher cet état de conscience.

Cette façon de lire l'esprit humain permettrait alors de mieux comprendre pourquoi les patients atteints de maladie d'Alzheimer, évoluent de manière fluctuante avec des moments où des modules qui semblaient altérés semblent à nouveau fonctionner, au moins de manière partielle ou à la survenue de « délestages » quand l'appareil cognitif est altéré ou déficitaire et que le plan affectif (par exemple) permet de maintenir des activités absolument vitales (cf. les 4 plans de L. **Ploton** dans l'annexe 3).

III. PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE

Le travail que nous voulons présenter comprend deux hypothèses.

Le premier questionnement est simple : **peut-on hypnotiser des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et ceci a n'importe quel stade de la maladie ?**

Si on se base sur les écrits de **Freud**, sa pratique de l'hypnose évolue entre 1892 et 1896, car il « reprochait » à l'hypnose de ne pas être fiable, c'est-à-dire qu'il ne pouvait hypnotiser tout le monde (Freud, 1909). Cette raison est sans doute la principale, justifiant de son éloignement d'avec l'hypnose.

De nos jours, la question ne se pose plus tout à fait dans ses termes et plusieurs praticiens pensent que toute personne est hypnotisable. **A. Bioy** parle de ressource spontanée possible. En effet, comme il a été prouvé que l'hypnose est un état naturel alors il doit pouvoir être convocable de façon volontaire aussi. Cependant, il est à noter que l'hypnose ne fonctionne pas sans la volonté, la coopération et les motivations du patient : volonté de s'y soumettre et volonté d'atteindre son objectif. Par contre, dans un contexte psychothérapique, le thérapeute doit se renseigner sur les attentes et motivations du patient. Il doit être «un guide bienveillant ». La confiance est la condition essentielle à la réussite. Il est rappelé qu'on ne peut suggérer au sujet sous hypnose une action qui va à l'encontre de sa volonté, car une partie de lui reste consciente et la personne conserve toujours son libre arbitre. En outre, selon **A. Bioy** et **D. Michaux** (2007), l'hypnose serait un outil thérapeutique qui peut être proposé au patient, quel que soit son profil de personnalité. Il ne fallait qu'un pas pour penser que peut être cette idée est valable aussi pour les pathologies qui touchent au cerveau et à la structure psychique du patient dans son ensemble quand les personnes ne sont pas, bien sûr, en état confusionnel ou présentant un délire important (on rejoint les même précautions que pour l'emploi de l'hypnose avec des malades psychotiques).

L'idée est donc de proposer l'hypnose à plusieurs patients (présentation d'un groupe de cinq personnes) atteints d'une maladie d'Alzheimer et de vérifier leur capacité à entrer en état hypnotique.

Pour ce qui est de la seconde hypothèse, l'idée est qu'un travail thérapeutique est possible afin d'aider le patient (présentation du cas de Me C.) : **pouvons-nous observer un effet bénéfique de l'hypnose pendant la séance dans un travail ici et maintenant et quelles seraient ces bénéfices attendus à moyen terme ?** (le long terme n'étant ici pas réalisable en raison du temps imparti pour rendre le mémoire).

Si nous reprenons ici l'idée que le psychologue est un « accompagnateur bienveillant » qui doit s'appliquer les mêmes exercices que ceux de son patient, perdre ses propres repères pour ainsi entrer dans le mode relationnel et de pensée du patient et ainsi l'accompagner, nous rejoignons les travaux de **N.Feil** (1992) qui quand elle travaille avec les patients Alzheimer parle d'une sorte de danse (c'est le pas de deux de **B.Lutz** évoqué en cours cette année) pour s'accorder au rythme de l'autre en mimant ses gestes. Elle parle d'un effet miroir qu'elle décrit ainsi : « aider la personne en se synchronisant à ses rythmes corporels tout en reflétant les mouvements de son corps avec empathie. On obtient ainsi un contact en stimulant la conscience de soi et cela permet de reconnaître ses sentiments quand on ne peut plus compter sur les mots. ».

Elle a donné le nom de validation à cette technique d'approche du malade. Ce positionnement semble donc être le bon avec nos patients pour rentrer dans leur monde et non pas essayer à tout prix comme c'est souvent le cas de les en faire sortir et de les soumettre à notre réalité, réalité souvent violente pour eux.

Pour la patiente choisie, elle a subi plusieurs pertes en quelques mois et semble envahie par ces pertes, incapable de désinvestir ce qui a été perdu et les vit en boucle, comme si c'était hier. Par la thérapie classique, la parole est inefficace, ne permet pas l'élaboration de ses pertes et ravive le souvenir douloureux tout en fragilisant la relation thérapeutique.

METHODOLOGIE

I.1 le cadre institutionnel des rencontres

Au sein du centre gériatrique où je travaille, il existe plusieurs unités de soins dont l'hôpital de jour où j'ai un temps. Rattaché à cet Hôpital de jour, il y a aussi un accueil de jour où sont accueillies les personnes atteintes de cette pathologie et qui passent la journée en compagnie de deux aides soignantes formées à l'accueil des personnes désorientées. Ceci permet non seulement de soulager la famille une à plusieurs fois par semaine mais aussi de stimuler, rassurer, occuper, cocooner, partager, échanger, exister en tant que personne, se socialiser, ... pour les personnes malades.

J'ai donc profité de l'accueil de ces personnes dans ce cadre là pour proposer l'hypnose à des patients qui étaient en souffrance pour différentes causes et raisons. Cela permettait, sans les faire se déplacer sur une hospitalisation de jour où il y a l'angoisse du trajet, de ne pas se souvenir qui on va voir, d'avoir peur de rester hospitaliser... de les rencontrer dans un lieu rassurant, dans la matinée, tranquillement. Avec leur accord, nous nous isolions dans la bibliothèque qui jouxte la salle de l'accueil de jour, une belle pièce chaleureuse spacieuse avec une lumière tamisée : je vous livre ici le ressenti du thérapeute, les patients n'ayant pas fait de commentaires particuliers sur cet espace !

I.2 Cadre thérapeutique

Je me suis servie de ce que nous avons appris en cours. L'hypnose sèche où le patient ne fait qu'explorer l'état de transe aurait été expérimentalement peut être plus intéressant pour la première hypothèse. En effet, cela limite quand même les données relationnelles de l'équation, mais en tant que clinicienne j'ai affaire à des patients et au départ l'idée était d'aider des personnes en souffrance et d'aller plus loin par la suite dans l'accompagnement. Il fallait donc aussi instaurer une alliance thérapeutique. Et de toute

façon l'expérience de Freud montrait déjà que même la présence la plus neutre possible influence puisque soumise à l'interprétation du patient (**Bioy A., 2007**). J'ai utilisé le « *script d'induction pour entraînement* » délivré par **A. Bioy** dans le DU d'hypnothérapie de 2012, en rajoutant une suggestion de bien être tirée du livre de **Corydon Hammond** sur métaphores et suggestions hypnotiques. Quelque chose de simple et de basique que j'ai un peu arrangé avec mes mots.

Pour les autres rendez-vous, concernant la patiente que je vais présenter en vidéo, j'ai adapté en fonction de ce que la patiente amenait avec comme fil directeur la question des pertes et la question du mieux être, en terme thymique.

J'ai plus tâtonné pour trouver le bon script et ai raccourci le même script d'induction à cause d'un problème d'attention. Il a fallu trouver le bon accordage afin d'obtenir une bonne captation de son attention, attention gênée par un problème de surdité important. Pour cette patiente ce fut tout un travail de positionnement du thérapeute qui s'est joué, pour permettre à la patiente d'écouter la voix du thérapeute de se laisser porter par sa présence. Présence ô combien rassurante et importante chez les patients atteints de cette maladie et qui avait un rôle crucial pour permettre à cette dame de partir en hypnose.

I.3 Présentation des patients

Pour tester ma première hypothèse, j'ai rencontré cinq patients diagnostiqués Alzheimer, ayant des MMSE (mini mental state examination) allant de 16 à 22, test qui permet d'avoir une idée de l'évolution de la maladie : « Le MMSE ne permet que de dépister et de quantifier un déficit cognitif : il ne permet, en aucun cas, d'affirmer à lui seul le diagnostic de démence ni d'en préciser le type » (cf. annexe 4). Ces personnes vivent toutes à domicile et viennent à l'accueil de jour 1 à 2 fois par semaine. Le groupe était composé de 4 femmes et 1 homme, âgés de 79 à 84 ans.

Comme j'ai choisi ces personnes au sein de la file active de l'hôpital de jour, nous avons plutôt des profils modérés mais pas de personnes en stade très avancé de la maladie, qui ne communiquent plus du tout et sont grabataires, comme on peut parfois le voir dans les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Pour ma deuxième hypothèse je vais présenter Me C.

Même si à l'entretien, il me semblait qu'il fallait autant aider son époux qu'elle, au vu de son état psychique et de son discours, j'ai choisi cette fois-ci d'orienter ma prise en soins vers la patiente plutôt que vers l'aidant.

Dès le début j'ai senti que ce monsieur aussi avait besoin d'être aidé et cela se confirme de jour en jour au fur et à mesure des réunions pluridisciplinaires que nous avons, et l'expression de sa souffrance nous alerte. Nous sommes en discussion pour savoir comment aborder le sujet avec lui et qui ferait le suivi car je ne peux m'engager auprès de lui puisque je suis déjà sa femme.

Anamnèse de Me C :

Me C. est née en 1929 en Haute Saône où elle possède encore une maison familiale, maison où elle ne peut plus se rendre depuis l'arrêt de la conduite que j'évoquerai ci-après. Me C. est mariée depuis 61 ans et était mère au foyer. Son époux était comptable. Le couple a eu cinq enfants, deux filles et trois garçons avec qui les relations sont décrites comme correctes. Ils ont dix-sept petits enfants et sept arrière petits enfants. Elle ne parle quasiment jamais de ses enfants, à part une fois pour évoquer que nous étions le jour de l'anniversaire du cadet. Sa famille dans son ensemble est assez éloignée géographiquement et il n'y a personne qui habite la même ville qu'eux, ce qui rajoute au sentiment d'isolement du couple.

Depuis les années 60, le couple réside dans une maison avec jardin. Ils ont beaucoup œuvré pour des associations caritatives s'investissant dernièrement depuis de nombreuses années dans une maison de retraite connotée religieuse car ils sont très croyants, où ils s'occupaient de l'animation. Me C. était très intéressée par le théâtre et « montait des spectacles » dira-t-elle ; Mr C. explique que ce ne sont que de bons souvenirs jusqu'en 2008, tant qu'elle avait encore cette activité. Mais, comme il était fatigué par l'activité bénévole ils ont arrêté et continuaient à se rendre à la messe et aux événements importants pour eux.

Peu d'éléments en somme et beaucoup de descriptif par le biais de son époux car Me C. évoque seulement en entretien les choses douloureuses actuelles et systématiquement de la même façon à chaque fois. Même quand elle part sur autre chose, elle revient très vite sur ce qui la fait souffrir et pleure. Les entretiens sont vécus difficilement et souvent elle coupe la relation et se referme.

- Suivi pour troubles de mémoire en hôpital de jour gériatrique :

En ce qui concerne l'histoire de la maladie, Me C. vient pour la première fois en consultation, adressée par son médecin traitant, pour des troubles de mémoire, en mars 2010. A cette époque le MMSE est à 21/30 chez une personne ayant un niveau certificat d'études primaires. Les autres tests effectués présentent des normes pathologiques. L'IRM et le bilan neuropsychologique viendront confirmer pour le médecin une probable maladie de type Alzheimer avec composante vasculaire débutante. A l'annonce du diagnostic Me C. se montre assez anosognosique et minimise ses troubles. Elle est mise sous traitement anticholinestérasique et sera revue régulièrement tous les 6 mois. Elle commence parallèlement l'atelier mémoire de l'hôpital de jour mais arrêtera au bout de 4 séances certainement parce qu'elle vit mal ses difficultés face aux exercices proposés. Une tentative identique dans l'établissement qu'elle fréquentait avant en tant que bénévole la met aussi en échec..

Les courriers montrent une certaine stabilité de l'état général et de la mémoire jusqu'en juillet 2011 où elle perd 5 points au MMSE. La mise en place d'un traitement supplémentaire est proposée et l'aide sociale est renforcée. Elle, se plaint surtout de douleurs de la hanche assez ancienne mais pas de sa mémoire.

En janvier 2012, les symptômes s'aggravent et on voit apparaître une plainte concernant une fatigue importante. Une prise en charge en accueil de jour est donc mise en place et les retours qu'elle en fait sont plutôt positifs. D'ailleurs à ce jour elle participe toujours à raison de deux fois par semaine. Elle reste relativement autonome pour les actes de la vie quotidienne puisqu'elle cuisine encore, et assure le repassage et les lessives. Les époux font les courses ensemble, accompagnés de leur aide ménagère qui intervient 4h/semaine. Elle ne téléphone plus seule et ne sort plus guère de chez elle et jamais seule. Mr C. gère en revanche les comptes (de longue date) et les rendez-vous et traitements de son épouse. Il faut savoir que Mr C. est atteint d'une pathologie aux yeux qui l'handicape beaucoup et il compte depuis de nombreuses années sur sa femme pour le conduire à droite et à gauche. Or, C'est à cette consultation que le médecin évoque l'arrêt de la conduite qui va déboucher sur une procédure d'examen par la préfecture et priver Me C. de son permis.

Mr C. écrira une lettre assassine au médecin l'accusant d'avoir tué sa femme par cette démarche. En entretien il nous dira plus tard que le médecin a « cassé » sa femme.

Le permis a été retiré le 7 février 2012. Douze jours après ils perdaient une amie très chère brutalement. Le permis et le décès de cette amie sont étroitement liés quand elle évoque les choses avec dans les deux cas, beaucoup de culpabilité.

- Suivi de la maladie d'Alzheimer au C.M.R.R. :

C'est dans ce contexte qu'ils changent de lieu de suivi et se présente en octobre 2012 au C.M.R.R. (Centre Mémoire Ressource et Recherche du CHU) et rencontre un autre médecin gériatre qui prend le relais. En consultation médicale, Me C. exprime le souhait de se faire « aider » mais n'arrive pas à préciser ce qu'elle veut dire par là et elle semble beaucoup plus consciente de ses troubles de mémoire. Elle se rappelle parfaitement le retrait de son permis et présente des affects dépressifs marqués, ainsi qu'une certaine anxiété. C'est dans ce contexte que je la rencontre (j'ai aussi un temps de consultation dans cette structure), à la demande du médecin et de son mari qui se dit inquiet pour sa femme et ne la reconnaît pas. Parallèlement, le médecin décide de la mettre sous antidépresseur.

A l'heure actuelle, nous ne savons lequel des deux est le plus fragilisé par cette privation mais de part les différents retours que nous avons, il semble que Mr C. n'aide pas du tout sa femme à accepter les choses et entretient de la culpabilité et de la mésestime chez elle, allant dernièrement jusqu'à lui racheter une voiture sans permis un an après le « drame » et en insistant à plusieurs reprises pour qu'elle l'a conduite alors que Me C. en était incapable. Il a été obligé de la revendre et cela a beaucoup renforcé chez elle son sentiment d'inutilité et de dévalorisation. Elle est souvent triste et asthénique et se coupe des autres en se réfugiant dans un pseudo sommeil.

I.3 Présentation de l'entretien (pour la vidéo)

La vidéo présentée ici correspond au 8^{ème} entretien avec la patiente.

Les deux premiers entretiens se sont déroulés en présence de son mari dans le cadre des consultations mémoire du C.M.R.R. où est suivi maintenant Me C.

Suite à ces entretiens nous avons décidé de nous rencontrer à l'accueil de jour (je la rencontre donc en gériatrie sur mon autre lieu de travail) afin de pouvoir échanger avec Me C. seule car elle souhaitait la présence de son mari à chaque fois mais restait en retrait. Ainsi il prenait tout l'espace de paroles et elle s'appuyait systématiquement sur lui pour qu'il réponde à sa place.

J'ai utilisé avec elle l'hypnose à chaque séance avec plus ou moins de succès et elle avait surtout du mal pour s'installer dans la transe.

Cette 8^{ème} rencontre a été construite à partir du matériel apporté à la 7^{ème} séance : elle avait eu du mal à faire la séance d'hypnose et nous avons du coup plutôt verbalisé autour de son mal être (sœur décédée). Elle n'arrêtait pas d'utiliser des expressions telles que « tête sous l'eau », « plein de choses qui la font replonger », « il faut que je reprenne mon souffle » ; du coup je lui ai demandé si elle savait et aimait nager et là son visage s'est illuminé et elle m'a répondu oui. : C'est son frère qui lui avait appris à nager quand elle avait 10-11 ans. Le fait de parler de ce souvenir la calme et elle raconte son plaisir à être dans l'eau et comme elle aimerait y retourner. Je ne sais pas trop si cela va être possible de travailler sur ce qu'elle m'a amené, mais je me prépare un petit scénario sur le loisir que nous avons vu avec **L. Mercadié** dans son cours de D.U. La séance d'après, rencontre qui nous intéresse ici, elle me raconte qu'elle s'est rendu à la piscine avec une des aide soignante et que c'était merveilleux. Quand je lui propose l'exercice, elle choisit cette piscine où elle est allée récemment pour retourner se baigner (en fait, comme j'en avais parlé aux soignantes de l'accueil de jour, elles avaient cogité de leur côté et avaient organisé une sortie piscine qui avait beaucoup plu à Me C). Comme à chaque rencontre, nous prenons un

temps pour parler et elle me parle de sa sœur est décédée. Comme à chaque fois, elle amène des ruminations négatives où elle pleure et j'ai eu envie à ce moment là plutôt que de la laisser déborder par ses émotions de lui proposer de se ressourcer dans une expérience agréable et elle m'a « suivie ».

C'est ce que je vous propose de voir dans la séquence vidéo jointe.

J'ai réutilisé ce scénario une autre fois où les soignantes me disait qu'elle n'allait pas bien du tout. Elle est sortie de la transe spontanément, car elle pleurait, le souvenir de sa sœur s'était superposé au loisir agréable. Tout en pleurant elle s'est mise à parler de sa souffrance, en m'expliquant que sa sœur était loin et qu'elle n'avait pas pu lui dire au revoir et que ce chagrin revenait par vagues . Ce jour-là j'ai essayé de lui proposer de retrouver sa sœur en hypnose pour lui dire au revoir mais elle n'a pas voulu.

DISCUSSION

J'avais fait l'hypothèse, que même les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer, qui touche aussi bien le cognitif que le psychique, étaient hypnotisables.

Par rapport à cette première hypothèse, je peux dire que c'est possible ! Reste à savoir si cela est valable à tous les stades de la maladie. Comme il n'existe pas de signes vraiment typiques de l'expérience hypnotique, le fait que les personnes puissent exprimer leur ressenti a été le fil conducteur. En effet, toutes n'avaient pas forcément les mêmes réactions et, erreur de débutant, j'ai même cru que certaines dormaient !

Par contre, j'ai pu observer plusieurs points assez constants :

En premier, les personnes âgées désorientées « sortent » spontanément de la transe avant la fin. Même si « cet état n'est possible que grâce à la collaboration du patient et qu'au même titre qu'il est capable d'entrer seul en hypnose, il peut en sortir tout aussi aisément seul » (**A. Bioy, C. Wood et I. Célestin-Lhopiteau, 2010**), se pose la question chez ces personnes de l'altération de leur capacité attentionnelle et de son impact sur le temps de la transe. Je n'ai pas pensé à calculer si ce temps de transe était stable et pouvait donner une indication sur leur capacité attentionnelle, mais probablement que, comme pour les entretiens classiques, il faut réduire le temps de l'échange pour ne pas saturer leur capacité d'attention. D'après les travaux de **Price et Barell (A. Bioy, C. Wood et I. Célestin-Lhopiteau, 2010)**, l'une des caractéristiques de l'état hypnotique est « une attention soutenue avec absorption de l'attention ». Dans la maladie d'Alzheimer, le traitement contrôlé de l'information serait plus perturbé que le traitement automatique et les patients auraient des difficultés dans le maintien volontaire de l'attention visuelle. Quant à la vigilance et à l'attention soutenue, certains pensent qu'elles seraient relativement bien préservées. (**E. Sierroff, A. Piquard, 2004**), ce qui pourrait expliquer les bons résultats obtenus.

Cette information concernant l'attention visuelle vient étayer ma seconde observation, qui est leur difficulté à partir en transe avec comme départ la fixation d'un point. Après plusieurs tentatives, il me semble que l'on capte leur attention en jouant sur les autres canaux sensoriels. C'était encore plus flagrant avec Me C.

De toute façon, celui qui se doit d'être attentif dans l'histoire, c'est le thérapeute, attentif à son patient pour être dans un « ajustement permanent ». (**A. Bioy, C. Wood et I. Célestin-Lhopiteau, 2010**). Là, plusieurs techniques d'ajustement sont possibles et pour ma part, je pense que l'observation du non-verbal que nous avons déjà l'habitude d'utiliser avec nos patients prend tout son sens. La technique du VAKOG que nous avons apprise en cours m'a beaucoup aidé pour accompagner Me C. et trouver sa façon d'être au monde malgré ses déficits cognitifs, sensoriels (surdité) et psychologiques (manque de confiance en elle, apathie...).

Le fait de savoir si la personne est hypnotisable n'a en soi pas d'intérêt thérapeutique et les signes objectivables de cet état non plus car ce qui compte c'est ce que cela peut apporter à la personne. C'est pour cela qu'en seconde intention, je voulais voir si l'hypnose pouvait être thérapeutique pour ces mêmes patients et j'avais choisi le cas de Me C. pour l'illustrer. Pouvait-on traiter ou soulager certains troubles comme l'anxiété ou la dépression qui sont très fréquentes dans ces maladies ?

En tout cas, pour tous, cette première séance est vécue comme agréable et positive. Un des patients dira «c'est incroyable », une autre «c'était bien », ou encore une «c'était doux, comme du velours, je n'ai rien recherché d'autre que la douceur » (je n'avais absolument pas suggérer ce genre de choses !). Une autre patiente oubliera des douleurs omniprésentes pendant la séance. Il est donc objectivable que l'hypnose a un effet thérapeutique pendant le temps de la séance voire avec un prolongement sur la journée.

A moyen terme, une étude anglaise sur « hypnose et qualité de vie » proposait l'hypothèse suivante : « la réalisation, par les patients atteints de démence, de la perte progressive de leurs facultés mentales et de leurs capacités physiques augmente de manière significative les niveaux d'anxiété et de dépression, des états émotionnels connus pour recruter des processus cognitifs ; ces capacités cognitives, finies, et réduites

en raison de la maladie le sont encore davantage par ces états d'anxiété et de dépression; les séances d'hypnose réduisent l'anxiété et la dépression, libérant les ressources qui auraient été utilisées par ces états émotionnels, et qui sont alors disponibles pour d'autres tâches. ». Pour la patiente que j'ai suivie, l'anxiété et la dépression étaient en lien avec l'impossibilité de gérer les pertes. Dans la maladie d'Alzheimer, quand on parle de perte, il s'agit de la perte « dans tous ses états », allant de la perte de vue à la perte de représentation de l'autre (représentation de l'absence) et de soi-même. D'où des angoisses très archaïques et des mouvements dépressifs redondants (souvent en lien avec les phénomènes de flashes).

Quand nous reprenons l'histoire de la maladie de Me C., on observe qu'au début de la maladie, elle était plutôt décrite comme calme et enjouée sans conscience ni angoisse de ses troubles. C'est la perte du permis de conduire qui va lui rappeler tout ce qu'elle a perdu et à partir de là elle ne peut plus se cacher derrière l'oubli. Nous pouvons faire l'hypothèse d'un épisode traumatique qui crée un retour du refoulé sans possibilité d'élaboration des pertes. Ici, nous assistons à un choc émotionnel avec syndrome dépressif (sentiment d'impuissance, perte des repères, deuil impossible, crise de sens de la vie), anxiété, isolement et troubles du sommeil. De plus, pour cette patiente, son mari vient lui rappeler sans cesse cet événement et renforce son sentiment d'impuissance ; ils sont dans la « corumination » du trauma et redire sans cesse l'angoisse, la tristesse la colère ne guérit pas, au contraire cela nuit. Si nous nous en référons à l'étude citée plus haut et aux concepts psychanalytiques, nous pouvons voir que le traumatisme psychique évoqué ici utilise toutes les énergies d'investissement et je la sens sombrer chaque semaine dans un repli sur elle. Bien sûr, l'hypnose amène quelques fenêtres de calme retrouvé et de bien être sur les journées en accueil de jour mais sitôt rentrée chez elle, les coruminations mettent un terme aux progrès réalisés. Difficile donc avec cette patiente de mesurer les effets à moyen terme de l'hypnothérapie mais je pense que c'est plus le système familial qui est à mettre en cause.

Un autre point important de cette réflexion est la constance avec laquelle les personnes semblaient me reconnaître. Bien sûr, elles ne pouvaient pas forcément me nommer ou dire mon métier mais la reconnaissance était possible.

Si on se place d'un point de vue purement cognitif, on peut penser que si ses personnes ont cette reconnaissance générale, sans forcément être capables de retrouver les détails c'est parce qu'il a été démontré que le processus de familiarité est moins atteint que le processus de remémoration, du moins dans les premiers stades (**Adam et al, 2005**).

Or, ici nous sommes pour certains à des stades où ces processus sont assez altérés. De plus, leur visage s'éclairait en me voyant et un large sourire apparaissait. Donc, j'étais reconnue avec une connotation positive et ils acceptaient de venir avec moi sans réticence et avec plaisir comme s'ils savaient que ce que nous allions faire était agréable (ce qui n'est pas toujours le cas dans une approche classique dans les tout premiers rendez-vous).

Cela m'indique qu'il y a peut être plus à chercher du côté de la mémoire affective, souvent décrite comme préservée très longtemps dans la maladie ou dit autrement, dans le processus affectif décrit par **L. Ploton** (cf. annexe 4) en lien entre autre avec les processus d'attachement et les notions de plaisir. L'hypnose solliciterait alors ce plan de façon rapide et durable.

Pour la patiente que j'ai le plus suivie, elle était capable de dire mon nom, de savoir ce que nous allions faire et donc d'émettre un jugement sur son envie et sa capacité à le faire, le jour où je lui proposais. Là encore, je me pose la question avec un autre angle de lecture de ces phénomènes et oriente ma réflexion sur l'alliance thérapeutique : qu'est ce que l'hypnose vient solliciter de plus que les autres approches qui permet à des personnes désorientées de se resituer dans une relation avec l'autre, de reconstruire un pan de leur mémoire pour rendre possible une rencontre ? N'est ce pas en soi déjà thérapeutique puisque chez le patient atteint de la maladie d'Alzheimer, être dans cette relation dite intime, permet la continuité de soi, le sentiment d'être une personne d'abord reconnue par autrui dans cette maladie qui anéantit l'estime de soi et la confiance en soi. Cette maladie du lien au sens où elle entraîne un bouleversement des liens conjugaux et familiaux semble pouvoir s'effacer dans une relation respectueuse. En

effet, c'est cette co-construction imaginaire qui donne forme à cette rencontre et à ce travail de création psychique. L'observation clinique montre que les notions de mémoire affective, de plaisir à fonctionner sont possibles grâce à l'intersubjectivité et à la dynamique de reconnaissance de l'autre.

Déontologiquement, j'ai quelques questionnements, qui ne sont pas très différents d'ailleurs de ceux quand j'interviens auprès de cette population : en premier lieu, il y a toujours la délicate question de la demande : qui demande ? Pourquoi ? Et comment s'approprier cette demande souvent formulée par un autre et faire émerger celle du patient. A cela vient s'ajouter les difficultés de compréhension du patient et mes propres résistances, pour le cas ici, à utiliser ce nouveau mot d'hypnose. En effet, très souvent dans cette la population âgée, le mot psychologue n'est déjà pas très rassurant alors psychologue plus hypnose, je crois que j'ai fait un pas de côté volontairement.

J'ai donc tourné autour du pot avec l'idée de faire un « travail avec leur imaginaire », « dans un état qui ressemble à de la relaxation mais qui n'en ai pas »... enfin je me suis un peu mélangé les pinceaux. Pourtant, j'ai découvert que les études montrent que le fait de nommer le mot hypnose participe à la qualité des résultats obtenus avec une augmentation des effets de la procédure hypnotique et des suggestions faites (**A. Bioy**, 2012). Riche de ce nouvel élément je n'ai plus qu'à m'entraîner à présenter mieux que cela ce nouvel outil.

Dans cette rencontre singulière, où l'observation, la congruence, l'harmonisation à l'autre parait une clé d'entrée à son monde, je comprends en quoi la relation est la voute de toutes thérapies et que sans elle rien n'est possible. Cette façon qu'a la technique hypnotique de nous caler sur le rythme, la sensibilité du patient pour mieux l'accompagner, cette idée d'une co-construction mettant les deux protagonistes au travail autour d'un objectif commun, m'est apparue grâce à cette expérience encore plus évidente. Ce moment de partage des émotions, de pause pour être dans l'éprouvé corporel étaient pour moi des moments souvent très agréables où je retrouvais tout le sens du mot accompagnement et où parfois je me ressourçais aussi. Quoi de mieux pour une bonne alliance qu'une thérapie où le patient ET le thérapeute en retirent des

bénéfices mutuels. Je comprends alors vraiment les expressions qualifiant la relation thérapeute/patient, «d'attachement tendre», de «forme particulière d'amour» (**A. Bioy, C. Wood et I. Célestin-Lhopiteau, 2010**) et le transfert comme « intense mobilisation affective et émotionnelle » (**Chertok, et coll, 1987**) prend sa vraie dimension alors que je « travaille avec » depuis si longtemps.

De plus, je trouve que cela me sortait du piège d'avoir des résultats à tout prix dans l'idée que déjà tout simplement être reconnu et identifié comme une personne bienveillante et proposer d'être ensemble autour de l'idée de faire une expérience différente est en soi déjà tellement important. J'ai eu l'impression de revenir à des choses simples mais essentielles, peut-être de l'ordre du vital. Bien sûr, les vieilles habitudes ont la dent dure, je ne suis pas totalement débarrassée de cette idée redondante et pesante du soignant : guérir. De même il me faut me guérir en tant que professionnel, de cette envie, cette curiosité de savoir ce qui se passe. En effet, là encore grande frustration en commençant l'hypnose car même si on accompagne la personne là où elle va, qu'on se met en « pacing » avec elle, on ne sait pas ce qui se passe dans le monde de l'autre. Nous restons une fois encore à la porte, mais par contre ce qui change c'est que nous pouvons percevoir autrement qu'avec des mots ou notre regard ce qui se joue : si on écoute attentivement, si on respire au diapason, si on s'approche suffisamment près, on peut entendre le soulagement de l'un, percevoir le calme d'un autre ou encore sentir une main qui nous cherche comme pour nous dire que ce voyage, ils ne veulent pas le faire seul mais avec nous..

En ce qui concerne l'intérêt des patients, j'utiliserai les mots d'**E. Corrin**, citée par **M.L. Barraux** dans son mémoire de D.U. : l'hypnose serait un « retour au sensible par le corps qui fait émerger une dimension qualitative de soi, une mémoire de notre appartenance à notre humanité au sein des constantes oubliées de notre existence. L'hypnose renouvelle l'expérience à se saisir de ce mouvement de vie ressenti au contact d'un « soi peau » ». Or c'est justement tout ce qui manque au patient étiqueté dément. Lui que la société, ses proches voire aussi ses soignants voient comme objet et non plus sujet, déshumanisé car la mémoire est encore considérée de nos jours comme une aptitude garante de notre identité, de notre âme (**I. Hacking, 1998**), le voilà de nouveau

en contact avec son vrai *self* comme dirait Winnicott. Et quoi de plus facile que l'hypnose pour ces personnes où présent passé futur n'ont plus de linéarité, puisque le fil du temps est coupé avec cette approche. Là où, dans la société cela apparaît comme une défaillance grave, la pratique hypnotique n'en a cure puisque c'est l'une de ses caractéristiques: « une suspension de l'orientation temporo-spatiale habituelle et du sens de soi » (Price, 1996 cité par **Bioy, Wood et Célestin-Lhopiteau, 2010**).

Pas non plus d'idées de performance, de communiquer pour dire de sembler normal, de manque du mot gênant obligeant à convoquer tout une tripotée de réactions défensives : face à la passivité provoquée par la maladie, le sujet redevient acteur pendant la séance d'hypnose, il peut s'il le souhaite reprendre le contrôle et décider pour lui. Et pendant ce cours instant de vie, d'infinies possibilités s'ouvrent à lui puisque le temps de la séance dure 1 minute, 1 heure, 10 ans.

CONCLUSION

Si nous considérons le nombre restreint de données, il n'est pas possible d'affirmer que toute personne atteinte d'une maladie neurodégénérative est hypnotisable, mais seulement noter que c'est grandement possible, moyennant quelques aménagements en fonction de l'avancée de la maladie et des déficits présentés. En tout cas, les personnes rencontrées ont vécu des états de conscience modifiée et un mieux être immédiat qui, d'après les soignantes, ont perduré sur la journée. Cette expérience s'oppose donc à l'expérience quotidienne de ces cinq personnes qui ont un vécu douloureux fait d'angoisse et de tristesse et dont le corps est souvent objet de plaintes. Ici le corps pendant cet instant de pause devient un lieu de gratification où ils font l'expérience d'un autre vécu. « En approfondissant cette présence à soi-même, le sujet âgé quitte pour le temps de la séance une attitude passive et passéiste » (Sapir, 1993). Bien sûr, d'autres méthodes thérapeutiques peuvent induire ce genre d'effet mais j'ai eu l'impression clinique qu'avec l'hypnose, cela allait beaucoup plus vite pour l'installer. En effet, dès le premier contact un effet était possible. Cela laisse à penser que l'hypnose est bien un catalyseur ou un accélérateur thérapeutique comme le suggère plusieurs auteurs.

De plus, pour les personnes que j'ai revu, cela semblait créer un lien particulier, avec le souvenir vague mais bien présent d'avoir eu une relation agréable, ou peut être celui que je les ai emmené faire quelque chose qui leur a fait du bien. Cela tend à montrer que le ressenti corporel leur permet d'accéder à un monde imaginaire encore bien présent et même si les mots manquent parfois pour le décrire il se passe quelque chose, ils ne sont pas dans du vide comme leur entourage le croit si souvent : ils sont juste ailleurs ! Avec l'hypnose on ne les remet pas dans le présent, on accepte qu'il soit pour un temps dans leur corps et dans cet ailleurs !

Est-ce que l'imaginaire va convoquer seulement des sensations, des émotions ou est ce qu'il y a accès à la mentalisation, pour trouver des moyens de réagir face à l'angoisse, moins coûteux en termes d'économie psychique ? Je ne sais pas ; peut être cela dépend-t-il aussi de l'avancée de la maladie. De même l'effet thérapeutique en ce qui concerne ma patiente était assez limité à moyen terme mais je pense que c'est pour beaucoup en lien avec l'attitude pathologique de son époux et me renvoie indéniablement au fait qu'on ne peut aider l'un sans l'autre. Avec ou sans hypnose, il faut les prendre en compte dans l'équation et je me plais à penser que si M. E. Erickson était là il ferait semblant d'hypnotiser ma patiente pour mieux hypnotiser son mari. Mais comme je n'ai pas son talent je me dois de réfléchir à d'autres moyens.

On nous demande dans ce mémoire de nous poser la question de l'avenir. Là encore que de questions et que de champs du possible. Outre cette aventure avec les patients, c'est aussi ce que nous avons abordé pendant ce DU qui me met la puce à l'oreille. Est-ce vraiment l'hypnose que nous devons étudier pour aborder l'efficacité thérapeutique ou n'est ce pas encore et toujours la question du transfert, de l'alliance thérapeutique, de la résonance, peu importe le nom que lui donne les différentes théories. Derrière ce formidable outil accélérateur de particules d'émotions et de sensations qu'est l'hypnose, ne doit-on pas encore et toujours étudier cette rencontre entre deux individus, de façon encore plus acharnée et vitale que le monde qui nous entoure tend à séparer, diviser, contraindre à l'individualisation. Peut-être sommes-nous entier uniquement grâce à ce « pas de deux ».

Quant au mien d'avenir, en tant que thérapeute, j'espère bien continuer cette aventure, découvrir ce nouveau monde tel Christophe Colomb : j'ai tout juste l'impression d'avoir débarqué sur la plage et que l'Amérique entière est à explorer ! En tout cas me voilà plus en phase avec mon imaginaire que jamais et je sais maintenant grâce à cette expérience que plus jamais je ne le briderai car il est devenu un souffle essentiel à ma pratique.

BIBLIOGRAPHIE

- **GZIL F. (2009).** *La maladie d'Alzheimer : problèmes philosophiques.* Le monde : PUF.
- **MAISONDIEU J. (1989).** *Le crépuscule de la raison.* Paris : Le Centurion.
- **LAMOUR Y. (1990).** *L'âge de déraison : maladies d'Alzheimer et vieillissement du cerveau.* Paris : Plon.
- **PLOTON L. (1996).** *Maladie d'Alzheimer : à l'écoute d'un langage,* Lyon : Chronique Sociale.
- **BIOY A. et MICHAUX D. (2007).** *L'hypnothérapie .*Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications. Paris : Dunod.
- **BIOY A. (2007).** *Découvrir l'hypnose.* Paris : Dunod.
- **BIOY A., WOOD C. et CELESTIN-LHOPITEAU I. (2010).** *L'Aide-mémoire d'Hypnose.* Paris : Dunod
- **SALEM G. et BONVIN E. (2012).** *Soigner par l'hypnose.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- **FEIL N. (1992).** *Validation, un guide pour les personnes âgées désorientées.* Paris : édition Pradel
- **CORYDON HAMMOND D. (1990).** *Métaphores et suggestions hypnotiques.* Bruxelles : Collection le Germe, éditions SATAS.
- **CHERTOK L., et coll. (1987)** *Hypnose et psychanalyse.* Bordas, Paris : Dunod

- **BARRAUX M-L. (2011).** Mémoire de D.U. d'Hypnothérapie : *L'hypnose dans la clinique de la douleur chronique.* Université de Bourgogne.
- **CAIRE J-M. (2009).** Master Recherche de Sciences de l'Education. *L'accompagnement des aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée ; Une approche didactique de la thérapie familiale systémique.* Université Bordeaux II.

- **OUILLOM MARCHAND M. (2011).** Mémoire de D.U. d'hypnothérapie : *Processus de Deuil et Hypnose : Ou la rencontre entre un être vivant et "son cher disparu"*. Université de Bourgogne.
- **YVAY S. (2005).** Thèse : *L'analgésie sous hypnose : approches théoriques, expérimentales et thérapeutiques*. Diplôme d'état de Docteur en Médecine de l'Université d'Angers. Faculté de médecine.
- **BIOY. A. (2012).** Communication écrite au D.U. d'hypnose, « script d'induction pour entraînement » dans techniques et méthode hypnotique. 30 novembre 2012, Dijon.
- **MERCADIE L. (2012).** Communication orale au DU d'hypnose dans le cours sur techniques et méthode hypnotique. 1^{er} décembre 2012, Dijon
- **COHEN S. (2013).** Communication orale au DU d'hypnose dans le cours sur le transgénérationnel. 11 avril 2013, Dijon
- **LUTZ B. (2013).** Communication orale au DU d'hypnose dans les cours de supervision, Dijon

- **FAYMONVILLE M.E., MAQUET P., LAUREYS S. (2005).** *Comment l'hypnose agit sur le cerveau*. Neurophysiologie. Mensuel n°392
- **BIOY A.** La relation inter-individuelle en hypnose clinique et sa dynamique thérapeutique. Bulletin de psychologie, 2005/3 Numéro 477, p. 391-393.
- **VION-DURY J.** *Entre mécanisation et incarnation : réflexions sur les neurosciences cognitives fondamentales et cliniques*. Revue de Neuropsychologie 2007, Vol. 17, n° 4, 293-361.
- **ARFEUX-VAUCHER N, PLOTON L. (2012)** *Les démences au croisement des non-savoirs : Chemins de la complexité*. Presses de l'école des hautes études en santé publique.
- **A.LAHAYE et G. MIGNOLET (1998).** *Patient dément et entourage*. Louvain MED.117 : S85-S89.
- **JOUBERT C.** Le processus du vieillissement et la démence : résonances familiales. Le Divan familial. 2002/1 N° 8, p. 139-150.

- **BUGAJSKA A., MORSON S., MOULIN C-Ja., SOUCHAY C. (2001).** *Métamémoire, remémoration et familiarité dans la maladie d'Alzheimer.* Revue Neurologique 167 (2011)3-13
- **SIÉROFF E., PIQUARD A. (2004).** *Attention et vieillissement.* Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillessement 2004 ; vol. 2, n° 4 : 257-69.
- ANAES, site web, "[Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer](#)", février 2000, p 23.
- **MONDON K.** *Actualités dans les démences..* CHRU de Tours.
Document consulté en avril 2013 sur
http://www.cenneurologie.fr/Data/upload/files/NordOuest/actu_demences_Mondon_06_2011.pdf
- **ROBILLARD A.** *Les recherches actuelles sur la maladie d'Alzheimer : vers où allons-nous ?*
Document consulté en avril 2013 sur
http://pub.expertise-sante.com/alzheimer2012/ppt/PPT_A_Robillard_ven16.pdf
- **SPERLING et AL (2011).** "Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease". *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association* Volume 7, Issue 3, Pages 280-292, May 2011.
Document consulté en avril 2013 sur
[http://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260\(11\)00099-9/references](http://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260(11)00099-9/references)
- **PLOTON L.** *La question de l'articulation neuro-psychique, illustrée par le débat sur la psychogenèse de la maladie d'Alzheimer.* *Gérontologie et société* 2/2001 (n° 97), p. 49-62. Document consulté en avril 2013 de
www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2001-2-page-49.htm
- **CHEVANCE A (2003).** *Alzheimer, le mal de Léthé. Une hypothèse psychogène de la maladie d'Alzheimer est-elle crédible ?* *Cliniques méditerranéennes* 1/2003 (n° 67), p. 75-86. Document consulté en avril 2013 de
www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2003-1-page-75.htm.

- **FROMAGE B.** *Groupe de relaxation avec des personnes âgées en institution.* Champ psychosomatique, 2001/4 no 24, p.131-144. DOI : 103917/cpsy.024.01
Document consulté en mai 2013 de
www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2001-4-page-131.htm
- BE Royaume-Uni 89 (2008). *L'hypnose améliore la qualité de vie de personnes atteintes de démence.* Science de la vie.
Document consulté en mai 2013 de :
<http://www.bulletinselectroniques.com/actualites/55986.htm>
- **BIOY A.(2012)** *Vaut-il mieux dire hypnose ou relaxation au patient ?*
Document consulté en mai 2013 de :
<http://www.hypnose.fr/articles-et-theses/recherche-hypnose-antoine-bioy/actualites-recherche-hypnose-2/>
- *Portrait d'hypnothérapeute : 5 questions posées à ... Mireille Guillou.* Hypnose et gérontologie. Article mis en ligne en février 2012 sur le site de l'IFH.
Document consulté en avril 2013 de
<http://www.hypnose.fr/articles-et-theses/hypnose-gerontologie-guillou/>

ANNEXES

Annexe 1a

Les plaques séniles :

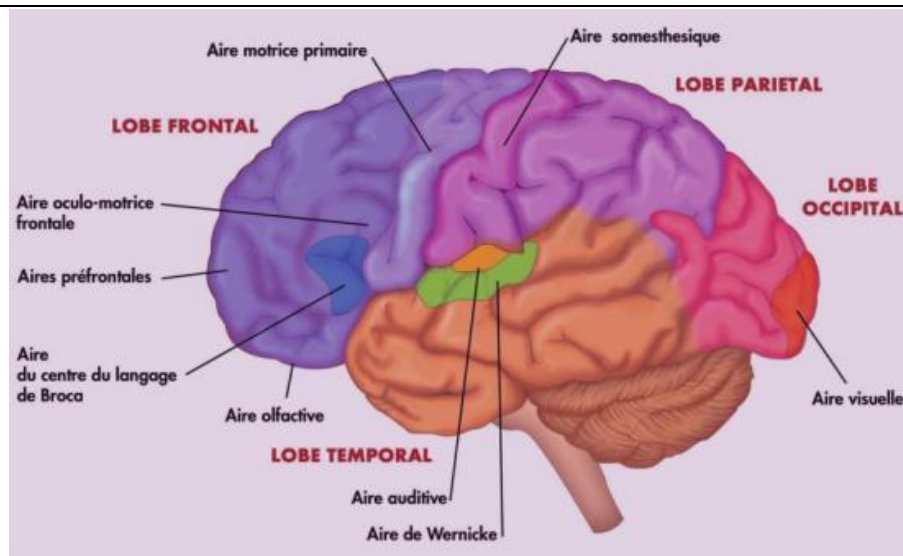
Elles sont situées dans le domaine extracellulaire du parenchyme nerveux de l'écorce cérébrale, elles sont souvent entourées de neurites dystrophiques et entraînent une gliose réactionnelle.

Les dégénérescences fibrillaires :

Elles correspondent à l'accumulation de filaments pathologiques dans les neurones en dégénérescence. Les plaques et les dégénérescences ont une composition et une localisation assez différentes. Le noyau amyloïde des plaques est constitué par une accumulation de peptide A β (fragment protéolytique d'une protéine précurseur nommée APP). Les dégénérescences fibrillaires sont formées de paires hélicoïdales de filaments constituées de protéine tau hyperphosphorylée.

Le peptide A β et la protéine tau sont des constituants cellulaires normaux anormalement accumulés. À l'état physiologique, la protéine tau stabilise les microtubules qui sont à la fois les « rails » du transport intraneuronale et les structures de soutien de l'espace tridimensionnel du neurone ; on ignore si le peptide A β a une fonction normale. Les dépôts de peptide A β apparaissent successivement dans le néocortex, l'aire entorhinal et l'hippocampe, les noyaux sous corticaux, le tronc cérébral et le cervelet. La pathologie fibrillaire affecte principalement le cortex entorhinal, l'hippocampe et les aires associatives, épargnant longtemps les aires primaires. Les lésions neurofibrillaires hippocampiques et les dépôts diffus néocorticaux de peptide A β sont souvent asymptomatiques. La dégénérescence fibrillaire progresse de la région hippocampique vers les régions néocorticales selon plusieurs stades qui sont bien corrélés à l'évolution des symptômes.

Annexe 1b



Le cerveau, constitué de quatre lobes, traite les informations en provenance des organes sensoriels et contrôle les différentes fonctions du corps. Toutes les zones du cerveau sont étroitement connectées entre elles. Des changements dans le comportement ou dans l'expression des émotions d'une personne peuvent indiquer des dommages dans certaines régions ou aires corticales.

L'hippocampe et le lobe temporal

L'hippocampe traite la mémoire verbale (souvenirs associés à ce qu'on a lu, dit ou entendu) et la mémoire visuelle (reconnaissance des objets, des visages, des lieux). Le lobe temporal contrôle les apprentissages récents et la mémoire immédiate. L'hippocampe et le lobe temporal représentent le centre de la mémoire et du langage.

Le lobe pariétal

Il nous permet d'effectuer des tâches ou d'utiliser des outils dans un ordre cohérent et logique (comme enfiler ses vêtements dans le bon ordre, démarrer et conduire une voiture, etc.) Il contrôle également notre faculté à comprendre des informations spatiales (par exemple, le lieu précis où nous nous trouvons, l'emplacement des lieux, des objets).

Le lobe frontal

Il permet de prendre des initiatives, de planifier d'organiser nos actions. Il contrôle nos valeurs et notre comportement en société.

Le lobe occipital

Il contrôle la vision, la faculté de voir et d'associer les couleurs, les formes, les angles et les mouvements de manière intelligente. Bien que ce lobe ne soit pas directement touché dans la maladie d'Alzheimer, les zones visuelles voisines qui nous permettent d'associer les éléments de la vision peuvent être atteintes, ce qui entraîne des troubles de la perception.

Annexe 2a

Concept de MCI (mild cognitive impairment)

Chez certains sujets humains vieillissants, on observe des troubles cognitifs plus importants que les précédents, mais insuffisamment sévères ou étendus pour qu'on puisse parler de démence (ils n'ont pas véritablement de retentissement sur les activités de la vie quotidienne). Ces troubles, intermédiaires entre le vieillissement normal et la démence, ont été appelés « troubles cognitifs légers » (MCI, *mild cognitive impairment*). À l'heure actuelle, on distingue plusieurs formes ou plusieurs profils de MCI, notamment un profil dit « amnésique », où les déficits de la mémoire sont prédominants⁴⁸². Ces troubles peuvent rester en l'état, mais chez certains sujets ils évoluent (certains auteurs parlent de « basculement » ou de « conversion ») vers une pathologie démentielle et c'est une question très discutée à l'heure actuelle que de savoir s'il est possible (et comment) de déterminer quels MCI évolueront vers une maladie d'Alzheimer. En d'autres termes, la question débattue est de savoir si certains MCI peuvent être regardés comme un stade pré-démontiel de maladie d'Alzheimer, ou si le MCI n'est qu'un syndrome, constituant seulement un facteur de risque.

Annexe 2b

Les trois stades séquentiels de la « maladie d'Alzheimer préclinique » :

1. Présence isolée (sans symptômes cognitifs) de biomarqueurs de β -amyloïde (amyloïdose)
2. Présence conjointe (sans symptômes cognitifs) de biomarqueurs de β -amyloïde et de biomarqueurs d'atteintes neuronales (atrophie cérébrale en IRM structurale et hypométabolisme en TEP dans les régions considérées comme étant la « signature de la maladie d'Alzheimer » ; niveau élevé de tau dans le liquide céphalo-rachidien.
3. Présence conjointe de biomarqueurs de β -amyloïde, de biomarqueurs d'atteintes neuronales et de performances cognitives faibles (mais ne correspondant pas aux critères de MCI et de démence).

Annexe 3

Les 4 plans d'organisation de l'appareil psychique selon L. Ploton :

- Le plan cognitif en lien avec la rationalité structurée par la temporalité relative des évènements. C'est le plan des opérations logiques de l'intelligence cognitive.
- Le plan subjectif (appareil psychique), structuré de manière analogique, non rationnelle sans organisation linéaire du temps. C'est le plan du travail associatif, de la vie fantasmatique, de l'estime de soi. C'est dans ce plan que se régulerait la vie psychique consciente et inconsciente. Il est le lieu des analogies et des métaphores (des condensations, des déplacements).
- Le plan affectif (des affects), en lien avec les processus d'attachement, de plaisir, de déplaisir, des émotions, de la thymie (les humeurs). Plan du conatus (motivation / démotivation), il est celui où s'organisent l'étayage et la construction de l'identité profonde. Ce plan possède un fonctionnement préverbal, pré-cognitif.
- Le plan psychobiologique (grands équilibres biologiques) responsable des régulations biologiques, des grands équilibres, de la protection de la vie, dans lequel la mécanique d'expression des gènes s'instancie. C'est le champ de la psychosomatique.

Annexe 4

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation _____ / 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage _____ / 3

Je vais vous dire trois mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare (ou Citron ou Fauteuil)
12. Fleur (ou Clé ou Tulipe)
13. Porte (ou Ballon ou Canard)

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul _____ / 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel _____ / 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare (ou Citron ou Fauteuil)

20. Fleur (ou Clé ou Tulipe)

21. Porte (ou Ballon ou Canard)

Langage _____ / 8

Montrer un crayon.

22. Quel est le nom de cet objet ?*

Montrer votre montre.

23. Quel est le nom de cet objet ?**

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,

26. Pliez-la en deux,

27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

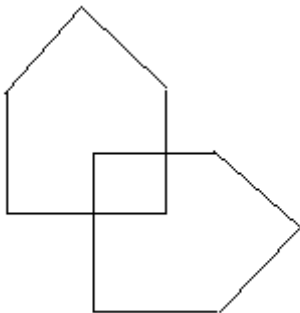
Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

Praxies constructives _____ / 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »



INTERPRETATION

- Extraits de : ANAES, "Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer".
- *"...Tout âge et tout niveau socio-culturel confondus, le seuil le plus discriminant est 24 (un score inférieur à 24 est considéré comme anormal).*
- *...il existe de nombreux faux positifs et faux négatifs en fixant le seuil à 24 quels que soient l'âge et le niveau socio-culturel. Il existe des patients (le plus souvent plutôt jeunes et de haut niveau socio-culturel) qui sont déments avec un MMS à 28 par exemple. Inversement, il existe des patients (le plus souvent plutôt âgés et de faible niveau socio-culturel) qui ne sont pas déments malgré un MMS à 20 par exemple.*
- *... L'âge et le niveau socio-culturel du patient doivent être pris en considération dans l'interprétation du résultat d'un examen neuropsychologique (accord professionnel). Il est recommandé d'utiliser un instrument pour lequel existent des données normatives en fonction de l'âge et du niveau socio-culturel. Ces données n'existent actuellement que pour la version anglo-saxonne du MMSE mais pas pour la version française.*
- *L'état affectif et le niveau de vigilance du patient doivent aussi être pris en considération dans l'interprétation du résultat d'un examen neuropsychologique (accord professionnel)"*
- Nombre d'années de scolarité : données anglo saxonnnes (JAMA) indicatives pour l'interprétation du score :

RESUME

L'hypnose a été peu étudiée concernant la population âgée et plus particulièrement auprès de patients atteints de maladie d'Alzheimer.

La maladie d'Alzheimer est une maladie organique dont les causes sont encore à découvrir et qui touchent à différentes capacités tel l'appareil cognitif, psychique, la sphère relationnelle, émotionnelle et sociale et impacte sur les activités de la vie quotidienne. La personne perd progressivement son autonomie.

L'hypnose est un état de conscience modifiée qu'on dit élargie et qui est thérapeutique quand elle est utilisée dans un cadre et une intentionnalité de soin, en relation et en communication avec un praticien.

Etant psychologue clinicienne au sein de structures accueillant ces patients, je me suis posée la question de la possibilité d'utiliser l'hypnose dans ce cadre et de vérifier quels seraient ses effets dans l'immédiat mais aussi à plus long terme.

Le travail réalisé est divisé en deux parties, l'une s'intéressant à un groupe de cinq patients, avec qui la même technique a été utilisée pour vérifier l'effet hypnotique. L'autre est une étude de cas où l'hypothèse était de montrer la possibilité d'un travail thérapeutique sur les pertes.

Les résultats sont plutôt encourageants, avec une possibilité de faire l'expérience de l'hypnose pour des personnes atteintes de cette maladie malgré les déficits occasionnés. Les effets thérapeutiques étaient plus limités que ceux attendus, en raison, en partie, des particularités de l'environnement de cette patiente mais aussi peut-être parce que la maladie limite l'action hypnothérapeutique.

<p><u>Mots clés</u> : Maladie d'Alzheimer – Causes plurifactorielles – Hypnose – Etat de conscience modifiée – Perte et dépression.</p>
