

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.

Murielle PAULIN
Université de Bourgogne
U.F.R Sciences Humaines et Sociales

DIPLOME UNIVERSITAIRE : HYPNOTHERAPIE

**L'expérience de l'hypnose
chez un sujet âgé fragile souffrant d'un syndrome post-chute**

Dirigé par Antoine BIOY,
MCF, HDR - Université de Bourgogne

JUIN 2013

REMERCIEMENTS

Je tiens à rendre hommage au Pr. Gaudet et à ses prédécesseurs pour les valeurs qu'ils ont su nous transmettre.

Je remercie Antoine Bioy et tous les intervenants qu'il a su mobiliser pour ce Diplôme Universitaire qui m'a enfin permis d'oser l'hypnose.

Merci à Mme K pour le plaisir de cette rencontre.

Un grand merci également à tous les membres de l'équipe du F3 pour leur talent et leur humanité et pour m'avoir reçue en stage si chaleureusement.

Un merci tout particulier à France Mourey qui m'a tant appris ainsi qu'à sa super équipe de rééducateurs.

Merci à mes parents pour leur intérêt et leur participation active dans l'élaboration de ce mémoire.

Merci, merci à mon conjoint pour son attention, ses réflexions et la correction rigoureuse de mon orthographe douteuse.

Et merci à mes enfants pour leurs joies, leurs colères et leur patience.

Le Vieillard et les trois jeunes Hommes

Un octogénaire plantait.
Passe encor de bâtir ; mais planter à cet âge !
Disaient trois jouvenceaux, enfants du voisinage ;
Assurément il radotait.
Car, au nom des Dieux, je vous prie,
Quel fruit de ce labeur pouvez-vous recueillir ?
Autant qu'un Patriarche il vous faudrait vieillir.
A quoi bon charger votre vie
Des soins d'un avenir qui n'est pas fait pour vous ?
Ne songez désormais qu'à vos erreurs passées :
Quittez le long espoir et les vastes pensées ;
Tout cela ne convient qu'à nous.
- Il ne convient pas à vous-mêmes,
Repartit le Vieillard. Tout établissement
Vient tard et dure peu. La main des Parques blêmes
De vos jours et des miens se joue également.
Nos termes sont pareils par leur courte durée.
Qui de nous des clartés de la voûte azurée
Doit jouir le dernier ? Est-il aucun moment
Qui vous puisse assurer d'un second seulement ?
Mes arrière-neveux me devront cet ombrage :
Eh bien défendez-vous au Sage
De se donner des soins pour le plaisir d'autrui ?
Cela même est un fruit que je goûte aujourd'hui :
J'en puis jouir demain, et quelques jours encore ;
Je puis enfin compter l'Aurore
Plus d'une fois sur vos tombeaux.
Le Vieillard eut raison ; l'un des trois jouvenceaux
Se noya dès le port allant à l'Amérique ;
L'autre, afin de monter aux grandes dignités,
Dans les emplois de Mars servant la République,
Par un coup imprévu vit ses jours emportés.
Le troisième tomba d'un arbre
Que lui-même il voulut enter ;
Et pleurés du Vieillard, il grava sur leur marbre
Ce que je viens de raconter.

Jean de la Fontaine - Les Fables

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
REVUE THEORIQUE	4
I. Le syndrome post-chute	4
1 La chute	4
2 La clinique du syndrome post-chute	5
3 Pourquoi la chute	6
II. L'hypnose	9
1 Définition	9
2 L'alliance thérapeutique	10
3 Hypnose et autonomie	12
III. Présentation de la problématique	13
1 Les hypothèses de travail	13
METHODOLOGIE	14
1 Le cadre de la recherche	14
2 Eléments d'anamnèses	15
RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES	18
DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE	24
1 Confrontation des observations à la problématique	24
2 Réflexion sur l'alliance thérapeutique	27
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES	

Diplôme Universitaire : Hypnothérapie

Dirigé par Antoine BIOY

MCF, HDR- Université de Bourgogne

Juin 2013

Résumé

Cette étude se propose d'expérimenter l'hypnose chez une personne âgée hospitalisée dans un service de soins de suites et de réadaptation à la suite d'une chute à domicile avec station au sol prolongée, provoquant un syndrome post-chute. Ce syndrome se caractérise par une phobie de la verticalisation et de la marche ainsi qu'une perte de confiance en soi qui, à terme, risque d'entraîner une perte globale de l'autonomie.

Nous faisons l'hypothèse que cette chute vient révéler chez le sujet âgé une dynamique psychique négative déjà bien installée. Dans ce contexte, l'hypnothérapie, associée à l'étayage nécessaire de l'équipe soignante et de la rééducation, se donne pour objectif thérapeutique de réanimer l'autonomie de la personne.

A travers le suivi de Mme K, nous observons comment cette dame de 80 ans arrive à s'approprier l'hypnose pour aller puiser dans ses ressources l'élan qui l'aidera à dépasser ses phobies et retrouver le contrôle de son corps, à s'inscrire plus profondément dans son histoire et à affirmer les choix qui garantissent son autonomie.

Mots-clés : sujet âgé- syndrome post-chute- hypnose- phobie- autonomie

INTRODUCTION

J'ai travaillé quinze ans dans les différents services du pôle personnes âgées d'un Centre Hospitalier Universitaire. Au cours des dernières années, je suis surtout intervenue en service de médecine gériatrique et de soins de suites.

Les accompagnements de fin de vie, les angoisses, la douleur m'ont amenée à rechercher d'autres outils que la verbalisation qui parfois s'épuise ou ne trouve plus sa place dans ces moments de vie si particuliers. C'est pourquoi, il y a deux ans, j'ai pris place en haut d'un amphithéâtre d'une centaine de personnes, souhaitant découvrir un nouveau monde par l'intermédiaire de l'association AFEHM qui forme à l'hypnose médicale sous la direction du Dr. Benhaïem. Cette formation s'étend sur un an à raison d'un samedi par mois. Au court de cette année, je n'ai pas réussi à descendre du haut de cet amphithéâtre du fait de mes multiples résistances. Les interventions de thérapeutes d'une grande qualité humaine telle que F.Roustang ou G. Salem, ont aiguisé davantage ma curiosité et mon désir, mais cela n'a pas suffi à lever mes défenses. Nous devions rendre un travail écrit témoignant de notre pratique. J'ai eu maintes fois l'occasion de proposer l'hypnose à des patients en souffrance et pour autant je n'arrivais pas à me l'autoriser. Pas de pratique, pas de travail écrit et ce n'est pas faute d'y avoir pensé. J'avais, notamment, le sentiment que l'hypnose pouvait être particulièrement utile aux personnes âgées présentant un syndrome post-chute. Le pôle dans lequel j'exerçais se distinguait, entre autre, par ses recherches dans ce domaine. Elles ont donné lieu à de nombreuses publications et ouvrages, l'élaboration d'un test moteur validé et utilisé à un niveau national et surtout une sensibilité particulière à la nécessité d'une prise en charge psychologique précoce, ce qui m'a permis de rencontrer de très nombreux patients hospitalisés suite à une chute.

Aujourd'hui, le DU d'hypnothérapie, me donne enfin l'occasion d'explorer ce questionnement que je porte en moi depuis un certain temps.

La chute chez le sujet âgé provoque une fixation au niveau du corps (syndrome post-chute) qui peut s'entendre comme l'expression d'angoisses massives que le sujet n'arrive pas à mentaliser. Dans ce contexte, il me semble que l'hypnose peut favoriser la reprise d'un mouvement en s'appuyant sur les ressources de la personne. D'autre part, au-delà de ce

syndrome et de la phobie de la marche qui le caractérise, je pense que l'hypnose peut éviter au sujet âgé fragilisé de perdre son autonomie. Pour le sociologue M. Billé [1], très investi dans les questionnements éthiques dont nous font bénéficier les aînés de notre société : *« L'autonomie est la capacité de décider par soi-même pour les éléments et évènements majeurs de sa propre vie, en tenant compte de la loi et par conséquent des normes, de la culture, bref...dans la société dans laquelle en intégrant la loi, je m'intègre. Il est clair que je peux être une personne âgée, très âgée, dépendante et autonome capable de décider encore pour moi, s'agissant de ma vie »*. Ainsi au-delà de la chute qui amène la personne à être un temps hospitalisée pour une prise en charge médicale et une rééducation nécessaires, je pense que l'hypnose peut aider cette personne, quand elle ne présente pas de troubles cognitifs majeurs, à retrouver toute son autonomie.

Afin de développer cette problématique, je commencerai par vous présenter ce qu'est le syndrome post-chute et comment je comprends l'hypnose. Puis, j'aborderai ma rencontre avec Mme K, hospitalisée en service de soins de suite et de réadaptation à la suite d'une chute à domicile.

I) Le syndrome post-chute

1) La chute

L'Organisation Mondiale de la santé définit la chute comme « *tout événement qui fait tomber le sujet à terre contre sa volonté* ».

Selon la Haute Autorité de la santé [29] on estime qu'un tiers des sujets de plus de 65 ans et la moitié de ceux de plus de 85 ans font une ou plusieurs chutes par an. En France, les chutes seraient responsables à court terme de 12000 décès par an. Elles représentent également un facteur d'entrée dans la dépendance : 40% des sujets âgés hospitalisés pour chute sont orientés ensuite vers une institution.

Le Pr. Pfitzenmeyer, F.Mourey et leurs équipes [20] nous apprennent que « *la plupart des chutes n'entraînent pas de traumatismes physiques sérieux. En effet, 6 à 8 % seulement des chutes seraient responsables de fractures. C'est pourquoi, la morbidité des chutes ne peut en aucun cas se résumer à leurs seules conséquences physiques. En revanche, le ralentissement psychomoteur et l'impact psychologique de la chute se traduisent souvent par une perte de confiance qui induit une réduction des aptitudes physiques et des conduites de retrait social, le risque majeur étant la perte d'autonomie de la personne âgée.* »

D'un point de vue psychologique, la chute, qui lui fait perdre totalement le contrôle d'elle-même, confronte la personne à un profond sentiment d'insécurité. Cet événement de vie constitue un moment de rupture, une perte de plus, parfois de trop, qui vient précipiter le sujet âgé dans la prise de conscience de son vieillissement, de sa fragilité et de sa finitude. Rester seul de longues heures au sol, dans l'incapacité totale de pouvoir se relever confirme à la personne, un sentiment de proximité avec la mort que son avancée dans l'âge préfigurait déjà. L'angoisse déborde, les mécanismes de défenses sont mis en péril. Concrètement il s'en suit très souvent une hospitalisation qui lui ouvre grand les portes d'un avenir institutionnel. On voit ici comment une perte, peut en engager une autre, puis une autre....cet effet boule de neige va entraîner une remise en cause globale de l'autonomie de la personne. Par autonomie, nous entendons bien sûr, cette précieuse capacité à décider pour soi, cette autonomie qui normalement est préservée même lorsque l'indépendance fonctionnelle est perdue.

« J'ai tombé », c'est ce que rapportent la plupart des personnes qui ont vécu cette expérience. Une craquée verbale sans doute significative du sentiment d'être un temps dépossédé de sa position de sujet. Le « Je suis » n'aurait pas sa place dans cette expérience étrange.

La perte de contrôle s'associe très vite à un sentiment d'impuissance qui se renforce au fur et à mesure des heures qui passent, certaines personnes se débattent longtemps au sol avant d'abandonner et d'attendre... sans perdre connaissance. Les angoisses ressenties sont prégnantes mais peu de personnes arrivent, dans l'après-coup, à les verbaliser vraiment. Alors, il reste ce « j'ai tombé », cette phrase qui nous dit le choc, la position passive de l'objet qui subit et déjà la dépendance. L'empreinte émotionnelle est bien là et c'est au niveau du corps qu'elle va se manifester de la façon la plus expressive. On parle alors de **syndrome post-chute**.

2) La clinique du syndrome post-chute

Nous allons nous appuyer à nouveau sur les travaux du Pr. Pfitzenmeyer, de F.Mourey et de leurs équipes [19] pour décrire plus précisément les aspects cliniques de ce syndrome.

Le syndrome post-chute se manifeste par une « véritable sidération des automatismes posturaux entraînant une perte des réactions d'adaptation posturale, avec difficulté ou parfois même impossibilité totale pour le sujet à se maintenir en position debout. Ce syndrome survient habituellement dans les heures suivant la chute. Il constitue donc une urgence gériatrique car en l'absence de prise en charge, il évolue vers une perte définitive de la mobilité, de la position debout et de la marche. »

Ce syndrome associe à la fois une composante motrice, des signes neurologiques et des troubles psychologiques.

La composante motrice: Il s'agit d'altérations du schéma de la marche. Les aptitudes posturales de la personne sont envahies par une phobie de la verticalité et de la marche. Les signes posturaux sont dominés par le déséquilibre arrière, on parle de **rétropulsion**. En position assise, la personne est comme « crispée », le buste en arrière et elle glisse continuellement de son fauteuil. Elle ne peut pas se mettre debout sans aide et quand elle est debout elle adopte une attitude projetée en arrière en appui sur ses talons obligeant l'aidant à faire contrepoids pour éviter la chute. La personne se rigidifie de tout son corps et peut avoir des tremblements, elle agrippe et est dans l'incapacité de tenir en équilibre voire de marcher

ou à très petits pas. Au moment de se rassoire, elle se laisse tomber brutalement dans le fauteuil.

Les signes neurologiques : On observe une hypertonie qualifiée d'oppositionnelle qui diminue sous l'effet de la mise en confiance et de la détente. Il existe également une altération, voire une disparition des réactions d'adaptations posturales et des réactions de protection. Autrement dit, il n'existe plus, chez la personne âgée, de possibilité de répondre au déséquilibre et le risque de chute devient imminent.

Les troubles psychologiques : La personne souffre d'une perte de confiance en soi, d'un sentiment d'insécurité et de dévalorisation, avec un repli sur soi, une démotivation et une restriction des activités. Ce tableau d'inhibition généralisée peut rapidement évoluer vers un syndrome dépressif.

3) Pourquoi la chute ?

a) les causes physiologiques et environnementales

Concrètement, on distingue deux types de facteurs favorisant une chute :

- Les facteurs intrinsèques (liés à la personne)

Ils touchent davantage les personnes les plus âgées puisqu'ils concernent tout ce qui relève du vieillissement physiologique (les fonctions sensorielles, les fonctions musculaires, les complications médicales, les facteurs médicamenteux)

- Les facteurs extrinsèques (liés à l'environnement de la personne)

Dans les causes des chutes, l'environnement est souvent incriminé (des vêtements trop amples, des chaussures inadéquates, un lit trop haut ou trop bas, un mauvais éclairage, un tapis, des planchers inégaux etc...)

b) les causes psychologiques

La chute peut être interprétée différemment, Cerisier [5] dénombre 5 types de chutes

- **La chute refus**

Elle se présente le plus souvent comme un accident lié à l'inacceptation par le sujet âgé de la diminution de ses capacités physiques et fonctionnelles. Derrière cette chute il y aurait un véritable refus de vieillir et une non acceptation du changement du corps.

Il est d'autant plus difficile d'accepter les limites d'un corps qui vieillit dans nos sociétés occidentales qui valorisent le « rester jeune et beau » quel qu'en soit le prix à payer. Pour ne citer que J MESSY [10] « *Si le vieillissement est le temps de l'âge qui s'avance, la vieillesse est celui de l'âge avancé, sous-entendu vers la mort. Or, dans les discours actuels, le mot vieillissement est presque toujours utilisé au sens restrictif et à la place de vieillesse. La synonymie de ces deux mots trahit la dénégation d'un processus irréversible qui nous concerne tous, du nouveau-né au vieillard. Cette confusion des termes conforte l'illusoire salut qui voudrait que seuls les vieux vieillissent....et comme le vieux c'est l'autre ! Si nous faisons du jogging, mangeons du poisson et du yaourt, buvons du cassis, ce n'est certes pas par peur de vieillir mais pour rester jeune !* ».

Pour en revenir au corps, nous coexistons avec lui tout au long de notre vie, mais quand il devient ce que l'on n'a pas choisi et que le temps a agi sur lui malgré nous, « *on n'existe plus, on meurt, on tombe* » JM Jacquot [7]

- **La chute appel**

Elle traduit la crainte de la perte ou de l'altération de l'équilibre, dans une anticipation qui peut évoquer les comportements abandonniques. Dans ce contexte, la chute serait l'expression d'une dépendance à l'autre, « *elle représente dans le fantasme inconscient un véritable va-tout, sorte de quitte ou double, qui raccroche l'autre ou le perd définitivement* »... « *C'est le corps qui est engagé dans la réalité en tant que lieu d'expression de l'appareil psychique...Le passage à l'acte qui court-circuite également la mentalisation, prend ici la forme de la chute* » [8]. Ainsi grâce à la chute le sujet crie sa vieillesse. Le vieux qui chute n'a plus de rampe, il n'a plus personne sur qui s'appuyer et c'est peut-être pour cette raison que son corps lâche. Il est donc essentiel d'accorder une écoute particulière à cette manifestation car non

seulement le sujet a attendu ce moment d'après chute mais il l'a sans doute provoqué inconsciemment pour montrer son existence. Seulement, pour une personne âgée, revendiquer ce droit à la chute, n'est pas sans conséquences. Tomber c'est aussi engager tout son être dans ce que différents experts en gérontologie nommeront très vite « risque de cascades gériatriques » et derrière ce risque identifié par les autres, la perte d'autonomie n'est plus très loin !

- **La chute symbole ou chute symptôme**

Elle est considérée ici comme un mode d'expression de l'anxiété ou de l'angoisse que la personne âgée n'arrive plus à exprimer. J.Messy[11] l'illustre à travers l'exemple d'un jeu particulièrement prisé par l'enfant. Ce jeu consiste à marcher au bord d'un trottoir ou sur un petit muret étroit. Lors de cet exercice, l'enfant, tout en s'assurant une certaine autonomie, évalue sa puissance face au risque potentiel. Il marche sur un fil, le fil de sa vie. Il défie alors l'équilibre mais aussi la chute, la mort. Et à travers ce jeu il se croit immortel. Son angoisse est ailleurs. Plusieurs années plus tard, l'enfant devenu vieux, ne peut plus exercer ses talents d'équilibriste. Pour le sujet âgé, ce jeu d'équilibre prend une autre tournure et devient dangereux, ce qui suscite chez lui inévitablement un sentiment d'angoisse, une crainte de la chute. Le vieux se méfie du déséquilibre. Sa peur consciente de tomber masquerait peut-être son angoisse inconsciente de mort alors que l'enfant tentait avec ce jeu de la maîtriser. Rappelons que dans l'événement de la chute, outre la perte d'équilibre initiale, il y a le fait de ne pas « se rattraper » puis celui de ne pas « se relever ». S.Josserand [17] parle d'un processus qui prend sa place dans une dynamique psychique essentiellement négative. Selon cet auteur, la chute ne provoque pas la dépendance, elle en est la conséquence ou le symptôme. *« Elle inaugure la dernière étape de la vie, qui prendra fin avec la mort, ce qui suggère une parenté avec le travail de trépas décrit par De M'Uzan chez les adultes : relation intense, exclusive, passionnelle avec un « objet-clé », reproduisant la dyade mère-enfant, qui permet les introjections alors que s'installe déjà l'intemporalité »*. Depuis la perte de « l'objet clé », le sujet ne peut plus s'agripper, il ne se porte plus. A terme, *« c'est la décomposition du fondement de l'identité psychique et sa capacité auto-porteuse qui sont atteints »*. Pour S.Josserand, la chute ne serait pas un coûteux et douloureux accident de la vie mais bien une manifestation de la mort à venir au sein même de ce qui reste de vie. Une existence qui ne serait déjà plus portée par ses propres pulsions de vie.

- **La chute stress**

Elle proviendrait des sentiments d'angoisse et de désorganisations spatio-temporelles lors d'une hospitalisation ou d'une institutionnalisation. La chute peut donc traduire une inadaptation à un cadre de vie nouveau, mais aussi à un moment ou une période temporaire d'amoindrissement des possibilités vitales liées au motif d'hospitalisation.

- **La chute suicide**

C'est une situation que l'on rencontre chez les sujets âgés fatigués, atteints de pathologies lourdes et incurables. Ils sont las de vivre, parfois de souffrir et leur entourage ne leur porte plus suffisamment d'attention. Il s'agit de personnes malades qui n'ignorent pas le risque de chute mais dont les conséquences ne leur importent plus.

A travers cet exposé, on peut mesurer toute l'importance d'une prise en charge psychologique qui s'inscrit dans un accompagnement plus globale de la personne, menée par une équipe pluridisciplinaire riche de toutes ses compétences.

C'est donc dans ce contexte particulier d'angoisses massives qui s'expriment par le corps, au sein même d'un service hospitalier, que nous souhaitons introduire l'hypnose.

II) L'Hypnose

1) Définition

L'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien fait l'expérience d'un champ de conscience élargi. Pour Antoine Bioy [23]. « *Ce mode de fonctionnement particulier est privilégié dans la mesure où il fait apparaître des possibilités nouvelles. Par exemple des possibilités supplémentaires d'actions de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient* ».

Quand une personne entre en hypnose, elle perçoit la réalité de façon différente, on parle d'un état de conscience modifié appelé aussi transe hypnotique.

Afin de mieux comprendre la particularité de cet état, citons F. Roustang [28] pour qui « *l'hypnose est le passage d'un régime rationnel à un régime généralisé où le patient est un*

élément parmi d'autres ». La personne n'est plus dans la contemplation du jardin mais elle participe à la vie du jardin. « *Elle passe d'un régime de maîtrise à un régime de participation* ».

C'est, entre autre, ce changement temporaire de perception, aussi bien sensorielle, émotionnelle que corporelle qui peut favoriser le changement attendu par la personne.

Cet état de conscience modifié n'est pas un état de relaxation. Proposer au patient une relaxation reviendrait à nier sa souffrance, en revanche, l'hypnose lui offre un autre contexte, « *une dissociation pour une recomposition.* »[28]

La dissociation dans l'état d'hypnose n'a rien de pathologique, c'est au contraire elle qui favorise le vécu de cette expérience d'un « lâché prise » tout en permettant à la personne de garder le contrôle.

Concrètement, induire cet état implique une focalisation de l'attention ainsi qu'une sensation de détente mentale qui provoquent une diminution du jugement et de la censure, une modification du rapport à l'espace et au temps associée à une expérience de réponse quasi automatique.

Ainsi, le thérapeute trouble les sens, en proposant cette expérience du ressenti qui s'appuie sur un vécu de perception dans l'ici et maintenant.

Notons qu'en hypnose, on ne se situe pas à un niveau intellectuel, car être dans l'analyse c'est ne plus être dans le vécu de l'expérience. C'est pourquoi, F. Roustang [14] nous rappelle que le thérapeute n'a pas à être dans une démarche d'interprétations. Pour cet auteur, « *faire porter l'attention sur une signification, c'est d'abord appauvrir la multiplicité des sens et des rapports toujours présents dans les images : nous risquons de rompre une texture dont le déploiement est une des conditions de possibilité de changement* ».

2) L'alliance thérapeutique

Pour Milton H, Erickson : « *l'hypnose, c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur de l'autre* » [26].

Cette définition nous renvoie au concept moins chaleureux mais tout aussi moteur des mouvements transférentiels opérants dans la cure analytique. Ainsi pour Freud, l'état hypnotique avait déjà pour condition une relation de transfert. Dans son ouvrage, « le cœur et la raison », L. Chertok cite la psychanalyste Ida Macalpine qui dès 1950 avait avancé l'idée

que « *les manifestations transférentielles dans l'analyse sont une image ralentie des manifestations transférentielles dans l'hypnose ; elles prennent un certain temps pour se produire, se déroulent lentement et graduellement et non d'un seul coup comme dans l'hypnose* » [4].

Réaliser l'importance de l'alliance relationnelle en jeu dans l'hypnose implique comme dans toute relation transférentielle de s'interroger sur la teneur de ces mouvements et de leur portée. On parle d'ailleurs d'une alliance thérapeutique.

F. Roustang [15] évoque la place du thérapeute dans cette relation singulière en ces termes : « *c'est bien le thérapeute, par son attente, qui crée et qui propose un espace et un temps où l'humanité pourra s'exercer, c'est son corps qui devra aiguïser ses sens pour que le corps de l'autre s'éveille, c'est sa personne qu'il lui faudra rendre présente sans protection et sans masque afin de ne donner aucune prise à la méfiance (...) Mais comment le thérapeute peut-il être à la fois si important et si négligeable ? Sans doute en l'étant pour lui même, si important parce qu'il doit tenir debout seul sans aucun appui, si négligeable parce qu'il ne saurait revendiquer ni le respect, ni l'attention. Assuré seulement par un doute radical* ».

Pour S. Colombo, « *le doute est l'essence même de la motivation à aller de l'avant, il fait partie de la relation thérapeutique, il nourrit la curiosité qui ébranle les vérités acquises, il est le piment qui participe au dynamisme de l'alliance* » [25].

Ainsi, le doute est valorisé, il serait même moteur dans la création de la relation. Le doute ouvre à la curiosité d'une rencontre partagée loin des aprioris diagnostiques. En effet, il arrive que la personne disparaisse derrière son statut de patient. La fatigue, l'influence du contexte hospitalier, parfois la personne elle-même, nous amène à la réduire à son dossier médical. Réintroduire du doute dans la relation, c'est redonner de la vie à cette rencontre. C'est autoriser un « jeu » créatif entre deux personnes qui, à l'aide de l'hypnose viendra réveiller le « Je ».

Ce jeu utilise l'imagination et la créativité de deux personnes en relation, mais il implique également une attente, comme nous le précise F. Roustang [27] qui replace cette notion d'attente au cœur même de la relation thérapeutique : « *La relation patient-thérapeute serait le rapport de deux attentes, chargées d'imagination et de créativité* ».

Le cadre, la rencontre, une relation de confiance, un curieux doute, deux attentes chargées de créativité et ajoutons avec A. Bioy [3] une écoute très attentive et une adaptation régulière au patient en fonction de ce qu'il nous montre de ses conflits et de ses défenses.

C'est donc un peu de tout ça qui favorise l'alliance thérapeutique... Cette alliance indispensable qui avec l'aide de l'hypnose pourra participer au changement.

3) Hypnose et autonomie

Selon D. Michaux [12], l'entrée en hypnose est l'occasion « *d'un désinvestissement du moi suivi ou rendu possible par la mise en place d'investissements substitutifs* ». Ces investissements substitutifs sont à la fois externes puisqu'ils s'appuient sur le thérapeute et internes puisqu'ils font appel aux ressources du sujet.

Pour D. Michaux, « *c'est ce désinvestissement du Moi qui est le mécanisme même de la relation hypnotique. Dans ce contexte favorable d'une relation de confiance et de sécurité, le désinvestissement des structures habituelles de contrôle est perçu de façon très positive par le patient. Il en parle comme d'une sorte de lâcher prise très agréable qui se traduit par la réapparition d'une plasticité du Moi, lui permettant de renoncer aux défenses inadaptées et de rechercher au sein de ses ressources propres inexploitées de nouvelles solutions adaptatives* ». Cela peut prendre du temps, car abandonner un mode d'organisation même inconfortable peut générer chez certaines personnes d'importantes angoisses.

Pour autant, ce sont ces mouvements de désinvestissement et de réinvestissement différents qui permettent à l'hypnose d'avoir une portée thérapeutique.

D'autre part, ce désinvestissement du Moi peut être considéré comme une forme de « régression » qui serait, dans le temps de l'hypnose, mise au service du Moi.

D. Michaux parle d'une régression partielle puisqu'elle n'engage qu'une activité du Moi parmi les autres. L'autonomie globale du Moi est donc préservée. Autrement dit, cette régression n'étant que partielle le Moi garde le contrôle et peut choisir de céder une partie de son activité à l'hypnothérapeute ou de la reprendre en cas de besoin.

Ainsi « *cette régression, loin d'être pathologique, constitue au contraire un moyen d'enrichissement et de renforcement pour la personne* ». Elle permet au sujet d'explorer « *les grands modèles relationnels de l'enfance qui sont à l'origine de la qualité de son attachement et donc de son autonomie actuelle* ».

Pour D. Michaux, la situation hypnotique renvoie donc à un paradoxe seulement apparent : « *encourager l'attachement en vue d'induire l'autonomie* ».

La notion d'attachement renvoie ici aux travaux de J. Bowlby sur les relations précoces mère/enfant qui montrent chez le nourrisson que plus l'attachement est réussi et plus il fera preuve en grandissant de comportements audacieux et d'autonomie.

III) Présentation de la problématique

Certains auteurs envisagent le syndrome post-chute comme un véritable syndrome de stress post traumatique. Or, aussi violente que soit cette situation de chute, nous nous inscrirons ici, à l'instar de S. Jossierand [17], dans l'idée d'une chute comme étant un événement révélateur chez le sujet âgé, d'une dynamique psychique négative déjà installée. Dans ce contexte, la chute ne vient pas faire effraction mais elle serait plutôt l'expression d'un « travail de trépas » engagé qui s'accélère avec la perte de « l'objet-clé » auquel la personne s'agrippait jusque là.

Si la perte d'autonomie n'est pas très loin de la chute, c'est peut-être parce que avant tout elle la précède bien plus qu'elle n'en est la conséquence.

C'est pourquoi, en s'associant à l'étayage nécessaire qui sera apporté par toute l'équipe soignante lors d'une hospitalisation, en s'associant à une prise en charge kinésithérapique adaptée, **l'hypnothérapie se donnera pour objectif thérapeutique de réanimer l'autonomie du sujet souffrant d'un syndrome poste-chute.**

1) Les hypothèses de travail

a) Hypothèse théorique

L'expérience renouvelée de l'hypnose au sein d'un travail thérapeutique favorisera la réappropriation de son autonomie chez une personne âgée souffrant d'un syndrome post-chute.

b) Hypothèse opérationnelle 1

L'expérience de l'hypnose avec les mécanismes qu'elle engage devrait aider la personne à dépasser sa phobie de la verticalisation et de la marche

c) Hypothèse opérationnelle 2

L'expérience renouvelée de l'hypnose devrait aider la personne à retrouver suffisamment confiance en soi pour réaffirmer sa position de sujet ce qui devrait l'amener à défendre ses choix, témoins d'une autonomie retrouvée.

METHODOLOGIE

1) Le cadre de la rencontre

Durant plusieurs années, j'ai exercé la fonction de psychologue dans un service gériatrique de soins de suite et de réadaptation (SSR). J'ai depuis quitté ce poste pour d'autres aventures professionnelles mais j'ai pu bénéficier d'un stage dans ce même service pour les besoins de la formation.

Cette unité de soin est située au cœur du pôle personnes âgées d'un Centre Hospitalier Universitaire. Le pôle est doté de plusieurs services de long séjour, un hôpital de jour, deux services de médecine, un accueil de jour, une unité mobile et deux SSR.

L'équipe qui intervient dans ce service est pluridisciplinaire : deux gériatres, un interne, des externes, un cadre infirmier, des IDE, des AS, une diététicienne, une assistante sociale, une kinésithérapeute, une ergothérapeute, une psychologue, des ASH.

Le plus souvent, les patients sont orientés par les services de médecine gériatrique. Les motifs d'hospitalisation renvoient à des problématiques diverses mais concernent des personnes ayant besoin d'un temps d'hospitalisation plus long et un accompagnement médico-social plus important. La durée moyenne de séjour est d'environ trois mois.

Après avoir informé certains membres de l'équipe de mon sujet d'étude, la kinésithérapeute du service me parle de Mme K qui est arrivée depuis 3 jours. Une collègue lui a déjà présenté le sujet de mon travail et elle accepte de me rencontrer.

C'est donc en tant que stagiaire psychologue effectuant une étude sur « un travail autour de l'imaginaire » que je me présente à cette dame de 80 ans. Nous aurons sept entretiens durant

son séjour qui s'étend sur trois mois. Cinq de nos rencontres donneront lieu à des séances d'hypnose.

2) Eléments d'anamnèse

a) Les motifs de son hospitalisation

Mme K a chuté à domicile en se levant d'une chaise pour raccrocher son téléphone. Elle n'a pas perdu connaissance mais s'est retrouvée dans l'impossibilité de se relever et est restée quatre heures au sol. C'est son neveu qui habite à 400 km de chez elle qui a averti les pompiers car il n'arrivait pas à la joindre au téléphone. Les pompiers l'emmènent aux urgences, elle passera quelques jours dans un service de cardiologie avant d'être orientée le 28 janvier au SSR. A son arrivée, elle est décrite comme étant agitée et irritable. Elle présente un syndrome post-chute majeur caractérisé par une phobie de la verticalisation et de la marche.

b) Son histoire de vie

Le père de Mme K est ukrainien, il arrive en 1913 en France, il a alors 20 ans. L'état français avait envoyé, dans les pays de l'est, des représentants recruter de la main d'œuvre pour ses usines, ses mines et ses cultures. *« Pour être sélectionné il fallait qu'il n'ait aucune maladie et qu'il passe des tests pour savoir si il était fort »*

Il s'installe dans un village en Bourgogne et commence à travailler dans une usine, puis comme *« domestique de culture et ensuite charpentier car il savait tout faire de ses mains »*. Par la suite, ses amis lui conseillent de partir à Paris où il est embauché en tant que maçon. Onze ans plus tard, il retourne en Ukraine pour revoir sa famille. C'est lors de ce retour au pays qu'il rencontre son épouse. Elle tient, avec ses parents, un café restaurant. *« Elle était en train de nettoyer la salle et il a vu ses jambes... »*. Quelques mois après ils se marient en Ukraine, prennent le temps de faire leurs papiers et reviennent vivre ensemble à Paris. Mais la mère de Mme K est enceinte et l'air de la capitale la fragilise. *« Ils vivaient dans un quartier que l'on appelait la gadoue »*, leur logement est situé à côté des débris et le médecin leur conseille vivement de partir à la campagne. Ils retournent alors dans le village bourguignon que son père connaît déjà très bien et où il continue à exercer le métier de maçon. En dehors de ses heures de travail, il construit sa maison. On est en 1930 et le rêve de la mère de Mme K se réalise, en juillet, elle ouvre un petit café- restaurant dans la maison que son mari leur a

construit. « *En été il y avait une grande table dehors, on montait un chapiteau pour le bal, les gens venaient faire la fête* ». en 1950, son père agrandit la maison d'une extension. Ils auront deux fils puis une fille. « *Ils voulaient qu'on fasse des études* ». Ses deux frères seront pilotes de chasse et d'hélicoptère et Mme K part en ville poursuivre une formation en langue étrangère et secrétariat. Elle quitte le lycée à 17 ans, juste avant de passer son BAC pour occuper un poste situé à côté de la maison familiale afin d'aider sa mère au restaurant. Elle devient secrétaire, interprète, « *aujourd'hui je parle à mes chats en anglais...* ». Elle part travailler deux ans en Allemagne avant de revenir se marier en 1959 avec un homme qu'elle rencontre lors d'un mariage. Très rapidement déçue par cette union, elle demande le divorce. Elle repart alors vivre en ville, dans un appartement dont elle fait, elle-même, l'acquisition.

A 40 ans, elle rencontre son deuxième mari « *un homme très séduisant qui parlait beaucoup, je lui ai dit que si je me remariais, ce serait pour avoir des enfants mais une fois qu'on a été marié il m'a dit : tu n'y penses pas !* ». Mme K décrit un mari jaloux et tyrannique qui la menace constamment: « *je te noierai dans la baignoire si tu t'en vas* ». « *Il était chasseur et me menaçait avec son fusil, mais à l'extérieur il était charmant et il plaisait à tout le monde* ». Elle est soutenue par ses nombreuses amies, mais cet homme l'effraie. Ils vivent ensemble 7 ans jusqu'à ce qu'il s'attache à une autre femme. Mme K décrit cette rencontre comme une véritable libération qui lui permet de négocier son deuxième divorce. Elle retourne vivre dans son appartement en ville. Plus tard, elle rencontre un homme veuf avec qui elle vit pendant deux ans jusqu'à ce qu'il décède brutalement d'une crise cardiaque. « *Depuis j'ai eu encore à mon âge des propositions et comme j'avais une retraite convenable...heureusement je ne me suis pas laissée mordre à l'hameçon !* ».

Au moment de la retraite, elle quitte son appartement pour venir vivre auprès de sa mère dans la maison familiale. Cette dernière décède deux ans plus tard.

C'est dans cette maison que Mme K a chuté une première fois, six mois avant son hospitalisation. Son frère qui habite à côté d'elle dans le même village vient d'être institutionnalisé dans l'établissement où vit, depuis un certain temps, son épouse atteinte de la maladie d'Alzheimer.

« *C'était le 14 juillet, et le 14 juillet, mon frère étant un ancien militaire de l'armée de l'air, avait l'habitude de mettre un drapeau....et comme il n'était pas là, bien sûr, et bien j'ai dit, je vais mettre le drapeau toute seule. J'ai pris un morceau de ficelle et je dis, je vais l'accrocher*

dans l'arbuste qui est en bas de l'escalier extérieur et puis c'est là que je suis tombée et il est arrivé des gens qui venaient de la gare et j'ai crié, ils ont sauté pardessus le portail et ils sont venus me délivrer. ».

Depuis 2 ans déjà sa marche est lente, prudente et nécessite l'utilisation d'un déambulateur, mais cette première chute va réduire encore considérablement tous ses déplacements. Elle décrit une mobilisation difficile et angoissante où elle se sent constamment obligée de s'agripper aux meubles de la maison. Elle s'alimente mal et ne peut plus entretenir son intérieur. Jusqu'à cette deuxième chute qui l'emmène aux urgences.

c) Sa configuration familiale

Mme K est née en France, mais ses parents sont ukrainiens. Son père est né en 1893, il meurt en 1979, emporté par un cancer. Sa mère a 10 ans de moins que son mari, elle décède en 1988 au côté de sa fille qui vit depuis deux ans avec elle dans la maison familiale.

Mme K a deux frères.

L'aîné a aujourd'hui 86 ans, il vit dans le sud avec son épouse. Ils ont une fille et deux petits enfants.

Son deuxième frère a 82 ans, il vivait avec sa femme à côté de Mme K et de leur mère. Depuis six mois, il est dans la même institution que son épouse atteinte de la maladie d'Alzheimer, pour autant, ils ne vivent pas dans la même unité puisque madame est institutionnalisée dans un service fermé. A noter, qu'en intégrant le SSR, Mme K rejoint d'une certaine façon son frère et sa belle sœur, puisque tous les trois se retrouvent sur le même pôle de l'hôpital mais dans des services différents.

Ce deuxième frère a trois enfants dont le plus jeune s'est suicidé il y a 10 ans. Mme K était très proche de lui. Ses deux autres neveux gardent des liens privilégiés avec elle. Ils habitent loin, mais veillent à leur tante à laquelle ils semblent très attachés.

d) Ses antécédents médicaux

Mme K a deux prothèses de hanche et une jambe plus courte que l'autre.

Au début de son hospitalisation, elle obtient un score de 26/30 au MMS (mini mental score)

Ce test évalue les fonctions cognitives. Un score entre 20 et 29 demande une évaluation plus approfondie alors qu'un résultat en dessous de 20 confirme des déficits cognitifs importants.

RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES

Je vous propose un déroulé succinct des sept entretiens qui ont constitué ce travail thérapeutique. Cinq de ces rencontres ont fait l'objet d'une séance d'hypnose.

Premier entretien

Cet entretien a lieu trois jours après l'arrivée de Mme K dans le service. C'est la fin de la journée et Mme K est allongée dans son lit sous ses couvertures, elle m'accueille avec un grand sourire. Elle évoque sa chute « *à cause du téléphone* », l'appel de son neveu et l'arrivée des pompiers. « *J'ai eu peur* », elle ne pourra en dire plus et évitera d'aborder le temps passé au sol sans pouvoir se relever. Elle m'apprend qu'elle est arrivée aux urgences sans son dentier et sans habits de rechange (durant tout son séjour, elle portera des habits prêtés par l'hôpital). Elle parle spontanément de sa famille « *ce sont mes neveux qui s'occupent de tout, c'est comme si c'était moi, c'est un prolongement* »... « *On est dans la réalité qu'on est plus jeune. Et puis maintenant il faut s'en aller, je suis placée dans cet établissement.* »

Son discours est parfois confus et triste mais elle semble calme et rassurée dans cet espace hospitalier où elle va pouvoir se faire porter, ce dont elle semble avoir particulièrement besoin à ce moment là. Elle ne me pose pas de questions particulières sur mon sujet d'étude et accepte volontiers d'y participer.

Deuxième entretien : une semaine plus tard (déroulé en annexe)

Mme K est en fauteuil roulant, elle me confond avec l'assistante sociale du service. Je lui reprécise les raisons de ma venue et nous partons ensemble dans un petit salon intime et lumineux. Cette fois Mme K espère pouvoir se rétablir bientôt « *pour le moment je ne peux pas marcher, quand je suis à la verticale je perds l'équilibre* ». Je lui propose de faire un exercice qui fait travailler l'imaginaire. Dans cette séance, je souhaite l'inviter à retrouver un souvenir de son choix afin d'observer sa réceptivité à l'hypnose tout en l'aidant, peut-être, à renforcer ses ressources et sa confiance en elle.

J'induis la séance en focalisant son attention sur un point visuel, puis, les bruits qu'elle entend, la conscience de sa respiration et les points d'appuis de son corps sur le fauteuil et

j'invite sa mémoire à lui rapporter un souvenir agréable, tout en prenant le temps d'habiter ce souvenir et d'en ressentir toutes les sensations.

Elle m'interroge régulièrement en début de séance puis garde le silence, sa posture est tonique et ses yeux grands ouverts. Elle ne bouge plus et semble en état de transe hypnotique. Je ne parle plus non plus, son regard revient vers moi 3 minutes plus tard au premier son de ma voix. « *Parmi tous mes souvenirs, j'en ai beaucoup mais ce qui m'a fait vraiment plaisir c'est lorsque j'ai emmené mes parents au palais des congrès où ils ont été élus couple heureux de la Saint Valentin...ce souvenir m'a marqué profondément, alors là j'étais heureuse.* »... « *Mes parents n'avaient pas beaucoup d'instruction mais ils étaient très intelligents, c'était des gens brillants et même encore maintenant dans le village on en parle* »

Mme K accepte de poursuivre l'expérience lors d'un autre rendez-vous à condition que je ne lui impose ni l'horaire, ni la date à l'avance : « Très bien, je frapperai donc à votre porte et si vous êtes disponible on y va sinon on reporte notre rencontre à la prochaine fois »

Troisième entretien : une semaine plus tard (déroulé en annexe)

Je lis dans les transmissions que le syndrome post-chute de Mme K semble en voie d'amélioration, ce qui m'est confirmé par ma collègue kiné.

Quand je retrouve Mme K ce jour là, elle se rappelle mon nom et mon prénom. « *Oui, car je me l'étais mis dans la tête parce que je vous avais trouvé très agréable, on enregistre mieux quand les gens sont agréables* ». Elle ne me dira rien de plus de notre dernière séance mais cette réflexion me confirme que ce souvenir devait être particulièrement « *agréable* ».

Pour cette deuxième expérience, je viens avec l'intention de lui proposer une séance engageant le souvenir d'un premier apprentissage qui deviendra, à l'image de la marche, un comportement automatique inscrit naturellement dans le corps afin, peut-être de l'aider à reprendre le contrôle de ses mouvements.

Je l'interroge sur les activités qui lui font plaisir. Elle m'apprend qu'elle aimait marcher, nager et faire du vélo. Nous nous accordons sur le fait que c'est la nage et la sensation de son corps dans l'eau qui lui procurent le plus de plaisir. Elle se rappelle de la première fois qu'elle a lâché sa planche en liège pour nager seule, elle était alors dans une rivière avec une amie, elles avaient six ans. Je lui propose de retourner dans cet endroit pour retrouver les sensations

de ce moment là. J'induis la séance comme la dernière fois et lui parle de la rivière, mais très vite sa respiration devient plus forte et s'accélère, elle semble très inconfortable et me l'exprime : « *oh ! Je n'en peux plus* ». Elle garde une posture tonique, ses yeux sont grands ouverts et son regard est fixe. Je tente d'apaiser le rythme de sa respiration par des inductions mais rien y fait, elle continue à s'essouffler : « *c'est promis, je n'en peux plus* ». Alors, j'induis une rupture « stop ! », à la suite de quoi, j'instaure un dialogue constant entre nous. Je l'invite à lâcher la planche tout en continuant à me parler de ce qu'elle ressent. Elle s'apaise et me décrit le plaisir de l'eau, les jeux dans la rivière et l'importance de la nage pour la famille. Ses frères et son père viennent la retrouver dans ce souvenir.

Quatrième entretien : une semaine plus tard (déroulé en annexe)

J'apprends que Mme K ne présente plus de phobie de la verticalisation ni de la marche. J'ai envie de lui proposer, ce jour là, un exercice que nous avons expérimenté en formation et qui replace la personne au centre de ses propres ressources, dans l'intention, peut-être, de renforcer son assise narcissique.

Mais Mme K vient de recevoir la visite des médecins du service, le gériatre, l'interne et l'externe qu'elle ne différencie pas. Ils lui ont parlé de leur crainte quant à un retour à domicile et lui ont vivement conseillé de partir vivre en institution. Ses pensées sont envahies par cette proposition qu'elle refuse. C'est pourquoi, après avoir induit la séance, comme nous avons pris l'habitude de le faire, je l'invite à rentrer chez elle et à me faire visiter sa maison. Nous commençons par aller dans la cuisine « *j'essaie de ranger un petit peu mais c'est très dur parce que j'ai peur de glisser, de tomber, mais enfin, je fais au mieux* »- « et dans ce mot mieux vous êtes comment ? »- « *je suis, je suis moi même* ». Une fois qu'on a fait le tour de sa maison, je lui demande ce qu'elle désire avoir à sa droite, il s'agit bien sûr de sa maison, puis à sa gauche, elle place ses deux frères, derrière elle ses souvenirs, devant elle « *que tout aille mieux* », au dessus d'elle, la religion, les croyances et les regrets et en dessous d'elle « *je voudrais ne pas quitter ce monde dans les années qui viennent, j'aimerais rester un petit peu encore* ».

Le dialogue a été constant tout au long de la séance, la posture toujours tonique, les yeux grand ouverts et le regard fixe.

En sortant du petit salon elle me propose de l'accompagner en salle de kiné. Là bas où nous sommes seules, elle me demande de l'installer avec son fauteuil roulant devant les barres parallèles car elle tient à faire un aller retour en marchant.

Je peux constater que sa marche est lente mais qu'elle a bien retrouvé le contrôle de son corps.

Cinquième entretien : 3 semaines plus tard (déroulé en annexe)

Mme K se déplace maintenant en déambulateur, elle fait preuve d'un investissement considérable des séances de rééducation. Elle s'impose des exercices et des déplacements en dehors de la présence de la kinésithérapeute. L'équipe continue à s'inquiéter de son retour à domicile, d'autant que sa sociabilité et son enthousiasme en font une candidate idéale pour une institution « elle serait super en maison de retraite ! ».

Nous ne nous sommes pas vues depuis trois semaines. En début d'entretien, j'entends dans le discours de Mme K une forme de combat dans lequel elle place toute son énergie pour retrouver ses capacités à la marche, ce qu'elle vit comme étant l'enjeu essentiel de son retour à domicile. *« Si vous saviez comme ça me préoccupe cette question de marcher »*. L'argumentation de son discours tourne en boucle et semble hermétique à toute nuance, j'aurais fini par tourner avec elle si je ne lui avais pas proposé une séance d'hypnose qui met en jeu un mouvement du corps par catalepsie et renvoie à la notion de choix face à un problème en s'appuyant sur les ressources.

Mme K restera en catalepsie plus de 20 minutes. Immobile, le corps tonique, ses deux mains en l'air et ses coudes appuyés sur les accoudoirs, ses yeux sont fermés, son visage est orienté vers le plafond et sa respiration est régulière. Après un très long silence, elle reviendra assez rapidement au premier son de ma voix. Etonnée par cet état je prononce une phrase plutôt maladroite *« vous pourriez me dire où vous êtes Mme K, là ? »*... *« bin je suis, pardon, je suis dans la pièce là »*... *« J'entendais ce que vous me disiez, euh enfin que mon corps réagissait, il a peut-être réagi hein, mais autrement non, j'avais les doigts qui s'engourdissaient un peu »*.

Elle dira peu de chose de cette expérience, mais cette fois une nuance apparaît dans son discours « *c'était très dur pour moi de marcher dans les barres parallèles et ce matin ça à été plus facile* »... « *Ça a changé depuis ce matin* »... « *J'ai moins peur* ».

A la fin de cette rencontre Mme K m'interpelle dans le couloir pour m'informer que les médecins lui ont fait faire « *un scanner de la tête* ». « *C'est parce qu'ils le proposent à toutes les personnes au-delà d'un certain âge, alors comme je suis une petite vieille, j'ai fait le scanner.* » Elle me conseille de me mettre en relation avec la kiné pour en connaître le résultat.

Sixième entretien : 15 jours plus tard

Mme K m'annonce que la date de sa sortie a été déterminée par le service. Elle devra partir dans deux semaines. « *Je me sens désemparée, j'ai l'impression qu'ils me mettent à la porte !* ».

Malgré la force de cette expression, elle me donne l'impression d'aller plutôt bien.

D'ailleurs, lors de cette rencontre Mme K qui jusque là n'avait livré que des morceaux de sa vie, les rassemble tous pour m'emmener dans son histoire riche de détails précis et d'émotions. Un récit de vie qui me fait vite perdre la notion du temps. Nous sommes interrompues par une soignante qui rentre dans la chambre, l'entretien aura presque duré deux heures !

Septième et dernier entretien : 10 jours plus tard

Mme K semble plus sereine et affirmée par rapport à son départ.

Elle m'apprend qu'ils sont plusieurs à quitter le service le même jour, « *c'est normal, ici la durée d'hospitalisation est limitée* ».

Ce matin, elle a vécu une mise en situation encadrée par l'ergothérapeute au cours de laquelle elle a dû faire des crêpes, puisque c'est ce qu'elle se prépare à la maison, le matin au petit déjeuner (des crêpes épaisses avec de la confiture ou des œufs pochés). « *C'était avec une plaque à induction je n'y connais rien à cette cuisson là, je me suis dit, si je rate les crêpes, je vais avoir l'air de quoi ...ça s'est trouvé qu'elles étaient dorées des 2 côtés, si je les avais ratées, j'aurais été morte de honte.* »

Elle continue d'évoquer son retour à la maison :

« Je ne suis quand même pas assez sotte pour ne pas prendre quelqu'un quand l'occasion va se faire ressentir ! »... « J'ai demandé aux docteurs qu'ils me laissent le temps de m'adapter, j'ai déjà pris contact avec l'organisme dans lequel ma voisine travaille, elle viendra faire mes courses et mon ménage »... « Les docteurs pensent que je suis obstinée, alors ils m'ont fait passer un scanner et ils m'ont fait consulter un chirurgien qui m'a conseillé de ne pas me faire opérer des hanches car j'ai un staphylocoque qui pour le moment me laisse tranquille. Il m'a bien plu ce chirurgien, d'habitude ils emploient des termes techniques qu'on ne comprend pas tandis que là il était charmant »... « Pour le scanner ils ne m'ont rien dit »... « Je pense que je ne vais pas revenir ...ce sont les docteurs qui m'ont dit que je risquais de retomber et que je risquais de revenir aux urgences...que je risquais de retomber si je n'acceptais pas les aides »... « Les docteurs m'en veulent ».

On revient sur nos différentes rencontres et je lui demande comment on pourrait appeler ce travail sur l'imaginaire que l'on a fait ensemble *« et bien, vous êtes psychologue, vous me demandiez de regarder un point et vous me faisiez m'endormir... c'est de...l'hypnose ! »*

Je lui propose une dernière séance en lui expliquant qu'il s'agit d'un exercice que j'ai expérimenté en formation et que j'ai trouvé très agréable : la métaphore de l'arbre.

Rapidement, son corps se détend, elle penche sa tête en avant et semble s'assoupir sur son fauteuil. Elle revient à la fin de l'expérience en s'excusant de s'être endormie !

Nous nous quittons en nous remerciant mutuellement.

Précisons qu'elle obtient ce jour là un score de 28/30 au MMS (cf. annexe). Le rappel des mots est correct et les deux épreuves échouées ne sont pas les mêmes que dans le test qu'on lui a fait passer à son arrivée, il y a environs trois mois, elle obtenait alors un score de 26/30. D'autre part, l'interne me précise que son scanner ne présente rien d'anormal.

DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

1) Confrontation des observations à la problématique

Le syndrome post-chute inscrit dans le corps du sujet âgé le mouvement d'une chute qui semble inévitable. « *Les signes posturaux sont dominés par le déséquilibre arrière, on parle de rétropulsion* » [19]. A cette composante motrice particulièrement expressive, s'associe une véritable phobie de la verticalisation et de la marche. On peut penser que l'expérience de l'hypnose, associée à l'étayage de l'équipe soignante et des rééducateurs a pu aider Mme K à dépasser cette phobie.

Pour D. Michaux, la modification du champ de conscience permet de « *laisser de côté les modèles négatifs qui contraignent l'individu à la répétition de réponses faussement adaptatives* ». De ce fait, l'hypnose « *est une invitation à se réorganiser, à rechercher au sein de ses ressources des modèles jusqu'ici écartés et présentant pour l'individu un potentiel adaptatif supérieur.... ainsi pourra-t-il reprendre sa marche en avant et se développer d'une façon plus satisfaisante.* » [12]

La peur de la chute amène, au fil du temps, Mme K à assurer sa sécurité par des réponses de plus en plus inadaptées. Elle réduit considérablement son champ d'activité et fait de tous ses déplacements des épreuves angoissantes où son corps est sans cesse mis en danger. Ses mouvements ne sont plus qu'une succession d'agrippements à tout ce qui l'entoure, jusqu'à arriver à cet immobilisme qui se caractérise par une phobie de la verticalisation et de la marche.

Au sujet de cette phobie, j'ai l'impression qu'il s'est joué des choses importantes pour Mme K. lors de l'expérience hypnotique qui l'invitait à ressentir les sensations de l'apprentissage de la nage. C'est peut-être l'expression de son angoisse au moment de la séance qui me fait penser cela. Elle s'est manifestée par un essoufflement important et à sa façon, Mme K a su me demander de l'aide pour réussir à dépasser cet inconfort et retrouver le plaisir de son corps en mouvement dans l'eau. Cette aide a pris la forme d'un étayage particulier puisque nous sommes restées en lien par l'intermédiaire d'un dialogue constant sur ce qu'elle vivait à ce

moment là. Par la suite son père et ses frères sont venus la rejoindre dans ce souvenir. Sa phobie de la marche avait totalement disparu lors de la rencontre suivante.

Mais si le corps ne crie plus sa chute qu'en est-il de l'autonomie de la personne ?

J'avais fait l'hypothèse, en m'appuyant sur le texte de S. Josserand [17], que la chute est le symptôme révélateur d'une perte d'autonomie déjà bien installée. Cette dynamique psychique négative risquant, depuis la perte de « l'objet-clé », de précipiter la personne âgée dans une position d'objet dépendant qui abandonne à l'autre, son identité de sujet autonome.

S. Josserand parle d'un engagement dans « *un travail de trépas* ».

On peut imaginer que l'objet-clé, auquel s'agrippait Mme K jusque là, est son frère. En effet, sa première chute a lieu suite à l'hospitalisation de ce dernier. Elle est provoquée par un geste qui voulait l'honorer puisque Mme K est tombée dans son jardin en voulant accrocher le drapeau qu'il avait l'habitude de suspendre. D'autre part, Mme K, en chutant six mois plus tard, le rejoint puisqu'elle est hospitalisée dans le même établissement que lui.

A travers son frère, sans doute, est-ce un attachement précieux à toute sa famille que Mme K exprime. C'est d'ailleurs ses parents qu'elle retrouvera spontanément dans la première séance d'hypnose avec des images et des émotions liées à un souvenir « *très agréable* », ils seront également présents dans toutes les autres séances. Un attachement comme autant de ressources qui semblent l'aider à reprendre le cours de sa vie.

D. Michaux [12] décrit le temps de l'hypnose comme celui d'une régression partielle susceptible « *d'encourager l'attachement en vue d'induire l'autonomie* ». Pour Mme K, tout se passe comme si elle profitait de ces séances pour aller puiser à la source d'un étayage parental qui lui permet de réanimer son élan vital tout en renforçant son identité.

Ainsi, au fur et à mesure de nos rencontres, j'ai vu cette dame reprendre confiance en elle et s'affirmer dans ses choix.

A notre cinquième rendez-vous, Mme K, qui se déplace maintenant en déambulateur, a la pensée envahie par la nécessité de marcher à nouveau, ce qui pourtant est déjà le cas ! Elle n'envisage pas de quitter le service sans réussir à « *marcher comme avant* ». Mais il est difficile de définir cet « avant » qui ne semble pas tenir compte des limites actuelles de son corps. L'enjeu du retour à domicile prend tellement de place que Mme K se fixe et s'oublie

dans une élaboration qui perd son sens et qui semble ne pas lui appartenir. Cette crispation témoigne surtout, pour moi, d'une lutte pour se protéger des angoisses du service qui l'accueille. Tous seraient tellement rassurés de la savoir en institution. Les projections des différents membres de l'équipe ne laissent plus de place à la perception que Mme K a de ses propres désirs ni de la conscience de ses limites. Sa pensée tourne en rond et produit un discours presque incohérent à même de renforcer les inquiétudes des soignants. La boucle est bouclée et l'autonomie de Mme K vacille.

Lors de la séance d'hypnose, ce jour là, après que je l'ai invitée à faire appel à ses ressources internes pour l'aider à résoudre son problème, elle restera plus de 20 minutes les bras en catalepsie, sans dire un mot. Quand elle revient, elle me précise qu'elle n'a plus peur et d'ailleurs : « *ça a changé, depuis ce matin, je suis mieux* ».

Les deux entretiens qui suivent sont particulièrement riches. Elle prend plaisir à partager son histoire dans un récit de vie qu'elle s'approprie à nouveau et au sein duquel elle s'inscrit pleinement. D'autre part, elle négocie en toute simplicité sa séparation avec le service qui l'a, à la fois, tant aidé et contre lequel elle aura eu besoin de se battre pour s'affirmer davantage.

A ce propos, Ruth Sanford nous rapporte cette petite histoire « *une personne compatissante, voyant un papillon lutter pour se libérer de son cocon, et voulant l'aider, écarta avec beaucoup de douceur les filaments pour dégager une ouverture. Le papillon libéré sortit du cocon et battit des ailes mais ne put s'envoler. Ce qu'ignorait cette personne compatissante, c'est que c'est seulement au travers du combat pour la naissance que les ailes peuvent devenir suffisamment fortes pour l'envol. Sa vie raccourcie, il la passa à terre ; jamais il ne connut la liberté, jamais il ne vécut réellement.* »... « *Une protection et une sollicitude excessives peuvent signifier à une autre personne plus éloquemment que des mots : Tu es incapable de t'occuper de toi-même, je dois m'occuper de toi parce que tu m'appartiens, je suis responsable de toi.* »[22]

C'est peut-être cette compassion qui nous amène, en gérontologie, à confondre si souvent la dépendance et la perte d'autonomie.

Pour M. Billé [24] « *Le risque porté par la confusion entre dépendance et perte d'autonomie est que même avec les meilleures intentions du monde vous me spoliez de mon autonomie au motif ou au prétexte de prendre en charge ma dépendance !* », d'autre part « *Il est clair que la*

proposition sémantique étrange qui fait de la dépendance le contraire de l'autonomie produit un effet désastreux sur l'image des personnes dites dépendantes qui perdent, de fait, au regard des autres, leur autonomie » [1]

Je pense réellement que Mme K a su profiter de cette expérience si singulière qu'est l'hypnose pour réanimer puis soutenir son autonomie afin d'habiter et de défendre ses choix en dehors de toutes formes de dépendance.

2) Réflexions sur l'alliance thérapeutique

Notre rencontre a ceci de particulier que ce n'est pas Mme K qui est en demande d'un soutien thérapeutique, mais bien moi qui ai besoin d'elle pour ma formation. Elle accepte de participer à cette étude à la présentation plus qu'imprécise : « *Un travail sur l'imaginaire* ». Elle ne sera, d'ailleurs, pas dupe très longtemps de l'outil de ma recherche : « *C'est de l'hypnose* ».

Je me sens comme une enfant excitée par la découverte d'un nouveau territoire à explorer et Mme K se prête à ce jeu avec toute la tolérance de l'ainé qui cède calmement aux désirs de son cadet. Elle a retrouvé toute sa place, je n'ai rien à lui apprendre ; c'est elle qui, patiente et confiante, accepte de participer à cette nouvelle expérience. Et dans ce jeu qui débute, le « Je » est déjà là.

Ici, la curiosité, le doute et l'attente réciproque semblent tenir toute leur place.

Ces sentiments seront exacerbés dans ce temps long et silencieux de la catalepsie qui sera interrompue par une question maladroite « mais vous êtes où, là, Mme K ? ». Cette interrogation traduit sans doute une inquiétude : « mais vous êtes parties où sans moi ? ». Ainsi, comme pour les autres membres de l'équipe, il m'est difficile de lui laisser une place sans avoir le sentiment que quelque chose se passe et qui m'échappe.

Aujourd'hui, accepter cette « absence en présence » me semble essentiel dans la pratique de l'hypnose et pour autant les choses ne sont pas si simples et renvoient à un besoin, celui de comprendre ce qui peut bien se passer dans ce temps là. Alors, le questionnement prend une

autre forme, je ne suis plus dans le : « où êtes-vous ? », mais plutôt dans un : « qu'est-ce qu'il se passe pour vous ? ».

J'ai recherché des éléments théoriques sur la catalepsie qui n'ont pas répondu à mes questions, peut-être tout simplement parce que l'intérêt de cette séance, en dehors de la catalepsie, était ce temps, accordé en présence, d'un espace qui n'appartient qu'à l'autre. Ce qui en fait une expérience qui échappe au thérapeute pour mieux l'accorder au patient.

Renforcer son identité c'est peut-être pouvoir faire l'expérience d'être complètement soi, là où on a besoin d'être en se laissant aller à vivre ce qui doit se passer pour nous, face à un autre qui respecte ce temps, cet espace et ce besoin. Ainsi, pouvoir partager, au sein de cette relation de confiance, une expérience si singulière sans avoir à la justifier où à l'interpréter, c'est peut-être, en soi, un moyen de se réapproprier son autonomie.

CONCLUSION

Les chutes chez le sujet âgé fragile sont fréquentes et peuvent avoir des conséquences désastreuses. La mobilisation de professionnels aux compétences complémentaires est nécessaire à l'accompagnement d'une personne souffrant d'un syndrome post-chute afin de l'aider à dépasser sa phobie de la marche et retrouver suffisamment confiance en ses propres ressources pour lui permettre de réinvestir sa vie.

Dans ce contexte et pour Mme K, l'hypnose a été un outil particulièrement thérapeutique dont elle a su se saisir.

En tant que psychologue, j'ai abordé le soutien de cette dame avec les mêmes axes et objectifs thérapeutiques que ceux que j'avais l'habitude de proposer sans hypnose. En effet, dans mes rencontres avec les patients qui souffraient du même syndrome que cette patiente, j'avais pris le parti clinique de privilégier avant tout un travail de renarcissisation par l'intermédiaire des souvenirs afin de renforcer leur identité et réanimer leur autonomie. C'est exactement ce que nous avons travaillé avec Mme K, mais cette fois sous hypnose. De ce fait, il me semble que la réappropriation de son corps, de son histoire et de ses choix a été plus rapide et plus profonde. Sa phobie a cédé la place à une marche dont elle contrôle tous les mouvements, les différents morceaux du puzzle de son histoire se sont rassemblés en un récit de vie d'une richesse et d'une précision surprenante, et elle a su affirmer ses choix face à une autorité médicale très motivée. Il faut dire que Mme K s'est montrée particulièrement douée pour l'hypnose. Qu'en serait-il pour d'autres patients ?

En tant que thérapeute, dans cette situation, l'hypnose m'a permis de me libérer de l'interprétation et m'a incitée à m'appuyer toujours davantage sur les capacités et les ressources de la personne. Ainsi le patient devient d'emblée acteur de son propre changement, mais, si et seulement si, il le souhaite et est prêt à cela. Et une fois de plus, dans ce contexte, l'autonomie reprend toute sa place.

Aujourd'hui, avec ce mémoire, la formation se termine, mais l'apprentissage ne fait que commencer...

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- [1] Billé M., (2004) *la chance de vieillir*, Essai de gérontologie sociale, L'harmattan
- [2] Billé M., Martz D., (2010) *La tyrannie du bien vieillir* édition Le bord de l'eau
- [3] Bioy A., Wood C., Celestin-Lhopiteau I., (2010) *l'aide mémoire d'hypnose*. Paris Dunod
- [4] Chertok L., Stengers I., (1989) *Le cœur et la raison*, Science de l'homme, Payot
- [5] Cerisier M., (1989), *Personnes âgées, vieillissement, accidents et chutes*. Mémoire dans le cadre d'un travail de formation.
- [6] Ferrey G., Le Gouès G., (1997), *Psychopathologie du sujet âgé*, Paris, Masson
- [7] Jacquot JM., Pelessier J., Struber D., (1999), *la chute de la personne âgée*, Paris, Masson
- [8] Lambert C., (1998), *La chute chez la personne âgée*, Mémoire dirigé par S. Hanne-ton, UFR STAPS
- [9] Léger JM, Clément JP., Wertheimer J., (1989) *psychiatrie du sujet âgé*, Paris, Masson,
- [10] Messy J., (1992) *La personne âgée n'existe pas*, édition rivage
- [11] Messy J., (juin 1998) *Chut ! Écoutons parler les vieux*, Actes du colloque « Ni choir, ni déchoir », club européen de la santé.
- [12] Michaux D., Halfon I., Wood C., (2007) *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*, édition Maloine
- [13] Pfitenmeyer P., (2010) *prendre soin du grand âge vulnérable*, édition l'Harmattan, Paris
- [14] Roustang F. (1991) *Influence*, Minuit
- [15] Salem G., Bonvin E. (2012) *soigner par l'hypnose*, Issy les Molineaux, Elsevier Masson
- [16] Tavernier-vidal B., Mourey F., (1991) *Réadaptation et perte d'autonomie physique chez le sujet âgé*. Paris, frison-roche édition

Articles

- [17] Josserand A., *La chute du vieillard ou la démence en travail de trépas dépressif*, l'information psychiatrique vol.79, N° 9- Novembre 2003

[18] Mourey F., Camus A., Pfitzenmeyer P., *posture et vieillissement: données actuelles et principes de prise en charge*. Press Med 2000 ; 29 :340-344

[19] Mourey F., Pfitzenmeyer P., (2^{ème} trimestre 2001), *la chute, Le « Post-fall syndrome » : une forme clinique du syndrome de désadaptation psychomotrice ?*, N° 59 de l'ANMSR

[20] Manckoundia P., Mourey F., Tavernier-Vidal B., Pfitzenmeyer P., (octobre 2006) *syndrome de désadaptation psychomotrice*, La revue de médecine interne, Elsevier-Masson

[21] Pfitzenmeyer P., Arveux I., *Chute et dépression*. Revue de gériatrie, (2002)

[22] Viviana H., *Enfants à vie*, revue de la fédération JALMAV, N° 51, déc 1997

Cours et conférences

[23] Bioy A., (novembre 2012), *Comment définir l'hypnose*, D.U. « Hypnothérapie », Université de Bourgogne

[24] Billé M., (21 juin 2012) *vulnérabilité et handicap*, Congrès National des Comités de Protection des personnes, Poitiers

[25] Colombo S. (novembre 2008), *du rapport magnétique à l'alliance thérapeutique*, Colloque international Francophone, Paris

[26] Halfon Y. (novembre 2010), *Hypnose et modes de communication, Formation à l'hypnose médicale*, AFEHM, Paris

[27] Lessieur J. (novembre 2008), *du rapport magnétique à l'alliance thérapeutique*, Colloque international Francophone, Paris

[28] Roustang F. (octobre 2010), *Qu'est ce que l'hypnose*, Formation à l'hypnose médicale, AFEHM, Paris

[29] Haute autorité de santé. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, avril 2009 : http://hassante/partail/jcms/c_793317/évaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-âgées-faisant-des-chutes-répétées.