

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

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

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

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

<http://www.hypnose.fr>



DIPLOME UNIVERSITAIRE : HYPNOTHERAPIE

Université de Bourgogne

Dirigé par Antoine BIOY

Maladie d'Alzheimer et hypnose :

Apport de l'hypnothérapie dans la prise en charge de l'apathie

Anabella ROCHA

JUIN 2014

*« L'hypnose, c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne
et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne »*

Erickson

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
CADRE THEORIQUE	8
I.LA MALADIE D'ALZHEIMER.....	8
I.1Description.....	8
I.2 Troubles cognitifs.....	8
I.3 Troubles psychocomportementaux.....	10
a) Troubles affectifs : dépression, anxiété, exaltation de l'humeur.....	10
b) Troubles comportementaux : agitation, agressivité, instabilité psychomotrice, compulsions.....	11
c) Manifestations psychotiques : délires, hallucinations, troubles de l'identification.....	11
d) Troubles des fonctions élémentaires : sommeil, alimentation, élimination, fonctions sexuelles.....	12
e) Troubles émotionnels et de la motivation : perturbations émotionnelles, apathie.....	12
I.4 Place des neurosciences	
I.5 Aspects psychologiques et psychanalytiques de la maladie d'Alzheimer	
II. L'HYPNOSE.....	17
II.1 Définitions.....	17
II.2 Processus hypnotiques.....	18

II.3 Hypnose et Maladie d’Alzheimer.....	19
II.4 Hypnose et Apathie dans la Maladie d’Alzheimer.....	20
PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE.....	21
METHODOLOGIE.....	24
I. Cadre institutionnel.....	24
II. Cadre thérapeutique.....	25
III. Outil d’investigation.....	25
IV. Présentation de Suzanne.....	26
IV.1. 1 ^{ère} rencontre : Anamnèse.....	29
IV.2. 2 ^{ème} rencontre : Rencontre avec l’hypnose et lieu secure.....	30
IV.3. 3 ^{ème} rencontre : Activité-plaisir.....	31
IV.4. 4 ^{ème} rencontre : Métaphore de l’oiseau et la cage dorée.....	34
IV.5. 5 ^{ème} rencontre : Conte métaphorique.....	37
IV.6. 6 ^{ème} et dernière rencontre : Bilan.....	41
DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE	42
CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXES.....	57
RESUME.....	73

Introduction

« La vieillesse est un naufrage », Charles de Gaulle.

Cette vision plutôt négative de la sénescence n'empêche nullement cette réalité. Le vieillissement est un fait ; le comprendre, l'observer, l'étudier de manière objective permet de réfléchir à sa prise en soins.

Le vieillissement des populations occidentales fait émerger de nombreux questionnements sur les institutions et la société telles qu'elles sont aujourd'hui. La vieillesse peut devenir une problématique complexe où la trajectoire personnelle est marquée par l'expérience physique, psychique, familiale, sociale du vieillissement. Des conceptions nouvelles sont nécessaires pour la prise en charge sanitaire, sociale, environnementale de cette tranche d'âge.

Passés soixante ans, l'individu s'achemine peu à peu vers le troisième âge. Le vieillissement est un processus lent, qui devient évident lorsque l'individu prend conscience des premières modifications physiologiques. On observe alors une modification de l'image de soi, des rapports aux autres. La perte du statut social et professionnel peut entraîner une réelle blessure narcissique. Certains auteurs évoquent même le terme de « rejet », notamment dans nos sociétés actuelles où le « vieillard » n'est plus considéré comme un modèle de savoir, dépositaire de connaissances. Les personnes âgées se sentent seules, isolées. L'entrée dans la vieillesse représente une nouvelle crise, une crise d'identité.

Le corps et le contexte socio-familial changent, l'esprit également. Le vécu, les diverses expériences, les événements traumatiques, les pertes agissent sur le plan psychique de l'individu. L'environnement physique, sensoriel, social, affectif se rétrécit. L'individu doit s'adapter aux nombreuses atteintes dues au vieillissement et s'accepter tel qu'il est à présent. Il doit alors accepter un réaménagement des instances psychiques, de sa personnalité afin de maintenir un équilibre.

Ce vieillissement normal est parfois difficile à distinguer d'une pathologie du vieillissement. Les atteintes qualitatives sont les mêmes, seule l'ampleur de la détérioration va s'en différencier. De plus, plus le sujet vieillit et plus il est difficile de faire la part entre des

atteintes somatiques et des atteintes psychiques qui sont toujours associées à des problèmes physiques, mentaux, familiaux et sociaux, ce qui crée une réelle rupture dans le mode de vie.

Une évolution semble nécessaire notamment sur l'avenir psychique de la population âgée car les troubles du comportement et les problèmes psychiatriques augmentent au grand âge, en particulier les états démentiels. La maladie d'Alzheimer concerne 860 000 personnes en France, 100 000 nouveaux cas apparaissent chaque année. On peut considérer que 50 % seulement des patients sont diagnostiqués. C'est la maladie neurodégénérative la plus fréquente, elle concerne 20 à 25 % des plus de 80 ans et est à l'origine de 70 % des entrées en institution. Elle est actuellement le problème majeur de la clinique du grand âge.

Cela fait treize ans que j'interviens dans un Centre Hospitalier de Haute Côte-d'Or où l'âge de la population accueillie est majoritairement supérieur à 65ans. Pendant ces années de pratique, beaucoup de choses ont évolué sur la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, que ce soit au niveau des traitements anticholinestérasiques que des prises en charge non-médicamenteuses, on pourrait dire aujourd'hui des thérapies relationnelles. Des déficits des patients nous sommes passés à valoriser ce qu'ils savent encore faire, à s'appuyer sur leurs compétences plutôt que sur leur manque.

A l'heure actuelle, la maladie d'Alzheimer est une pathologie dont on ne guérit pas ! Mais l'absence de traitement curatif ne veut pas dire subir et ne rien faire, bien au contraire. L'accompagnement relationnel thérapeutique vise prioritairement à préserver le plus longtemps possible les capacités restantes et ainsi à améliorer la qualité de vie de la personne malade. C'est dans ce courant que j'inscris ma pratique et que je la fais évoluer.

Après 3-4ans de pratique, je sentais qu'il fallait que je précise ma prise en charge thérapeutique. Alors j'ai cherché, ce qui à mon sens, pouvait permettre un accès à la thérapie pour des patients dont les capacités d'élaboration sont altérées, pour des patients qui n'ont pas « tout-à-fait le temps ». Je me suis alors inscrite en 2007 à l'AFTCC à Paris pour trois ans de formation afin de spécialiser mon abord thérapeutique. Cette formation m'a permis d'enrichir ma pratique avec différents outils. Puis rapidement j'ai senti qu'il manquait quelque chose...que malgré la volonté, les exercices... que quelque chose d'autre se jouait... que l'on pouvait faire autre chose de cette alliance... quelque chose de plus puissant, de plus profond... et ce quelque chose se situait au-delà de ce qui s'échangeait dans la séance, entre

les séances...on ne pouvait pas nier la place de l'inconscient dans la vie de chaque patient. Il me fallait un outil me permettant de « débloquer » certaines situations...un outil qui me permettrait d'aller parler directement à cette vie intérieure, à cette machine psychique qu'est l'inconscient.

Alors je me suis mise en quête de cet outil capable de dépasser les frontières de notre conscience. Je découvre en 2011, la création du D.U. Hypnothérapie à Dijon. Petit courrier à la direction qui me dit d'attendre l'an prochain ! Entre temps deux bébés sont nés, repoussant ainsi, mon entrée dans « cette ouverture du monde ».

L'hypnose se présentait alors comme un moyen d'intervention psychologique possible et efficace pour des personnes en manque de confiance en soi, en perpétuel échec, en manque de relations sociales. Parce que la question initiale est : comment être efficace face à un patient qui est affecté dans sa pensée, ses paroles, son sentiment d'être, ses affects et dans ses relations avec lui-même et les autres ?

Bien sûr je suis certaine que le patient dément conserve une vie psychique, qu'il existe longtemps une capacité verbale et quasi jusqu'au bout une capacité affective. Alors l'hypnose peut-elle relancer la pensée, restituer la subjectivité, relier l'affect, réparer l'individu narcissiquement, maintenir une relation d'objet... Et en définitive sauvegarder l'autonomie et améliorer le confort de vie du patient et de son entourage ?

C'est dans ce questionnement que j'ai commencé ce travail et c'est dans cette continuité que j'aborde la prise en charge de l'apathie dans la maladie d'Alzheimer. Je commencerai par vous présenter ce qu'est la maladie d'Alzheimer, avec ses troubles cognitifs et ses troubles psycho-comportementaux, notamment l'apathie, puis comment j'entrevois l'hypnose à travers ses auteurs. Enfin, je vous présenterai Suzanne.

CADRE THEORIQUE :

I. Maladie d'Alzheimer

I.1 Description :

Découverte en 1906 par Aloïs Alzheimer, la démence de type Alzheimer est un affaiblissement mental global frappant l'ensemble des facultés psychiques et altérant progressivement l'affectivité, les activités et les conduites du sujet.

La démence de type Alzheimer est responsable d'environ 60% de l'ensemble des pathologies démentielles. C'est une maladie du sujet âgé dont la prévalence croît de façon importante après l'âge de 75 ans.

Elle est la conséquence d'une longue et lente altération cérébrale. Le plus souvent les symptômes du début sont si subtils et leurs caractères si insidieux que la famille ne se doute de rien. L'expression clinique de la maladie se caractérise par l'altération de la mémoire et du comportement entravant la vie quotidienne.

I.2 Troubles cognitifs

De nombreux troubles cognitifs se manifestent :

- Trouble de la mémoire : touchant d'abord les faits récents, puis des événements plus significatifs de vie. Les troubles de la mémoire à long terme portent d'abord sur des éléments neutres, puis progressivement sur des souvenirs à forte charge affective. Le patient peut essayer de cacher, de minimiser et de compenser ses troubles (il répond à côté, banalise, utilise de formule « passe-partout »).

- Troubles des autres fonctions supérieures : trouble de l'orientation, d'abord temporelle puis spatiale ; trouble de l'attention gênant la possibilité d'apprentissage ; trouble du raisonnement empêchant la résolution des problèmes simples ; trouble du jugement marqué par l'absence de critique d'histoires absurdes, des difficultés à interpréter des proverbes.

- Troubles des fonctions instrumentales : troubles phasiques (troubles du savoir-parler : manque du mot, paraphasies sémantiques, fluence verbale appauvrie pouvant évoluer jusqu'à l'aphasie, jargonaphasie), troubles gnosiques (troubles du savoir-reconnaître : difficulté à identifier les objets, les lieux, les visages...), troubles praxiques (troubles du savoir-faire : difficulté à accomplir des gestes complexes puis simples, la répercussion sur la vie quotidienne est très importante).

- Troubles des fonctions exécutives : elles se traduisent par des difficultés d'abstraction, de planification, de séquençage, d'initiation et d'organisation d'actions complexes.

Si bien qu'au-delà de la mémoire, l'idéation, la compréhension, le calcul, le langage, la capacité d'apprendre et le jugement sont altérés.

Les perturbations cognitives s'accompagnent habituellement, elles sont parfois précédées, d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation. Elles ont un retentissement sur la vie quotidienne, pour le patient et son entourage.

La démence de type Alzheimer est une maladie évolutive, caractérisée par des périodes de stabilisation. La vitesse de progression du déclin intérieur est très variable et se résume en trois étapes.

Pendant la phase initiale de la maladie, le patient présente des défaillances de la mémoire, une baisse des capacités de concentration, des troubles visuo-spatiaux modérés et un manque du mot. Des changements d'humeur et de comportement sont souvent présents. Les personnes gardent une autonomie à domicile.

La seconde phase se caractérise par une perte progressive de la mémoire, des troubles du comportement apparaissent, une dysphasie (difficultés à faire des phrases), une dyspraxie (perte d'autonomie), une dysgnosie (notamment au niveau des objets usuels, voire parfois des proches), une désorientation temporo-spatiale, une difficulté à faire des choix, à planifier ou anticiper des actions.

Dans la troisième phase de la maladie, une démence complète s'installe où les fonctions cognitives et la personnalité du sujet subissent des changements profonds. La mémoire autobiographique est défaillante et le patient s'installe dans un isolement relationnel. Des troubles de la marche apparaissent et les chutes sont fréquentes

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 une fois que les troubles retentissent déjà sur les activités de la vie quotidienne.

I.3 Troubles psychocomportementaux

Associés aux troubles cognitifs, les symptômes comportementaux et psychologiques de la maladie d'Alzheimer sont retrouvés tout au long de l'évolution de la maladie et contribuent à la perte d'autonomie du patient. De nombreux traitements médicamenteux et non-médicamenteux ont été développés pour diminuer les conséquences de ces troubles chez le patient et son entourage.

Les troubles du comportement peuvent être les premiers signes d'alerte pour la famille. Ils sont présents, à un moment ou à une autre de l'évolution, dans près de 2/3 des cas.

Les symptômes sont dépendants du stade d'évolution de la maladie mais sont présents dès le stade précoce (M. Benoit et al, 2003). Leur fréquence augmente avec l'aggravation cognitive des patients. Une étude récente a montré que les troubles du comportement sont en moyenne 4 fois plus fréquents dans la MA que chez des sujets âgés non déments (Lyketos CG et al, 2002).

Les troubles psychotiques (délire, hallucinations), l'euphorie, les comportements moteurs aberrants (fugues, déambulations excessives) sont plus fréquents chez les patients les plus détériorés (MMs compris entre 11 et 20), alors que l'apathie, l'anxiété, la dépression ont des taux de prévalence déjà élevé au stade modéré (MMS compris entre 21 et 25) et s'aggravent avec la détérioration cognitive.

a) Troubles affectifs : dépression, anxiété, exaltation de l'humeur.

La dépression est fréquente au début, mais elle peut survenir à n'importe quel moment de l'évolution et ne doit pas être négligée. Une dépression « résistante » du sujet âgé est un mode d'entrée très fréquent dans la démence.

L'exaltation de l'humeur est considérée plutôt comme un état pseudo-maniaque car elle peut être provoquée par les traitements psychotropes et les antidémontiels.

L'anxiété est présente dans la moitié des cas. Elle peut naître de l'anticipation de l'échec ou d'un rapport à un monde déformé. Elle prend la forme d'appels à l'aide réitérés (cris, déambulations, fugues...). Des manifestations somatiques de l'angoisse peuvent être présentes (souffle court, estomac noué, palpitations...). Le patient va éviter certains endroits, certaines situations qui le rendent nerveux (repli social commence à s'observer).

b) Troubles comportementaux : agitation, agressivité, instabilité psychomotrice, compulsions.

L'agitation peut recouvrir une anxiété ou une douleur mal exprimable verbalement, un syndrome confusionnel aigu ou un trouble de l'adaptation. Elle est très fréquente (60% des cas). Le patient peut être opposant, refuser l'aide proposée, il peut se mettre en colère, taper. L'agressivité est source de stress et d'épuisement dans la prise en charge de ces patients.

L'instabilité psychomotrice se manifeste principalement par une déambulation, une incapacité à rester assis ou allongé. Le patient peut suivre l'aidant principal dans tous ses déplacements.

Les compulsions surviennent plus tardivement, elles sont souvent mal tolérées par l'entourage. Le patient va compter à voix haute, répéter des gestes ou des mots sans cesse.

c) Manifestations psychotiques : délires, hallucinations, troubles de l'identification.

Les idées délirantes (22% des cas) sont en général de type paranoïde (vol d'objets, d'argent, cachés par le patient lui-même ; présence malveillante, tromperie, infidélité du conjoint) et peuvent être secondaires à des troubles perceptifs (non-reconnaissance de son lieu de vie, de son entourage...).

Les hallucinations sont plutôt tardives. Elles sont présentes dans 10% des cas. Elles sont surtout visuelles et auditives.

Les troubles de l'identification sont principalement dus à la perte de reconnaissance des visages. Cela entraîne de fausses reconnaissances. Le patient a la conviction que les personnes observées à la télévision sont dans la pièce. Une confusion transgénérationnelle peut se présenter, le patient va prendre par exemple sa fille pour sa mère. L'entourage vit très mal cette mauvaise/absence reconnaissance.

d) Troubles des fonctions élémentaires : sommeil, alimentation, élimination, fonctions sexuelles.

Le sommeil est irrégulier, avec de multiples réveils nocturnes, pouvant aller jusqu'à l'insomnie totale avec une hypersomnolence diurne (inversion du rythme veille/sommeil).

Les troubles alimentaires sont plutôt de l'ordre de l'anorexie qui entraîne une dénutrition sévère.

Les sphincters sont perturbés avec une incontinence totale à un stade évolué.

e) Troubles émotionnels et de la motivation : perturbations émotionnelles, apathie

Les perturbations émotionnelles vont d'une grande labilité avec des pleurs fréquents à une indifférence avec un repli.

Définition

L'apathie est le symptôme le plus fréquent, soit environ 80% des cas. Elle correspond à une baisse durable de motivation associée à une réduction des comportements volontaires et dirigés vers un but. C'est un marqueur de déclin cognitif rapide. Son impact sur l'autonomie fonctionnelle des patients et sur leur qualité de vie est important.

Pour Marin, l'apathie est une modification durable de l'attitude du sujet correspondant à une baisse de motivation non attribuable à une altération du niveau de conscience, un déclin cognitif ou une détresse émotionnelle. Il lui attribue des composantes émotionnelle (émoussement affectif), cognitive, comportementale.

L'apathie a longtemps été associée à la dépression. Ces deux syndromes partagent de nombreux symptômes (perte d'intérêt, ralentissement psychomoteur, fatigue...). Leur présence fait poser fréquemment par excès le diagnostic de dépression. Pourtant les aires cérébrales qui les sous-tendent sont distinctes et leur prise en charge est différente (les IRS ont tendance à accentuer l'apathie).

Prévalence

L'apathie est un symptôme psychocomportemental fréquent et précoce dans l'évolution de la MA. Les chiffres de prévalence varient de 15 à 40% chez des patients MCI (troubles cognitifs légers). Sa prévalence augmente au cours de la maladie, elle oscille entre 32 et 59%

dans les études où le MMSE moyen est supérieur ou égal à 20, puis entre 42 et 75% quand le MMSE moyen est inférieur à 20.

Retentissement

Dans la maladie d'Alzheimer, la perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne est expliquée essentiellement par les troubles cognitifs. En revanche, il n'y a pas de lien direct établi entre les troubles du comportement et la perte d'autonomie.

Cependant parmi les patients MCI, ceux qui présentent de l'apathie ont un risque relatif de conversion en démence à 12mois nettement plus élevé (92% Vs 27%).

Une étude française (L. Lechowski, B. Denis, M. de Stampa, D. Tortrat, L. Teillet, P.-H. Robert, B. Vellas) a montré que les patients présentant une apathie durable avaient très fréquemment une évolution rapidement péjorative de leur autonomie pour les activités de la vie quotidienne. L'apathie apparaît comme un marqueur de déclin cognitif et comportemental plus rapide.

L'apathie durable pourrait expliquer une perte rapide d'autonomie.

En revanche, son impact sur la qualité de vie du patient reste sujet de débat. Gerrist et al. concluent que l'apathie altérerait la qualité de vie des résidents présentant une atteinte cognitive légère et améliorerait celle des résidents dont les troubles sont sévères (grâce à l'indifférence).

I.4 Place des neurosciences

L'engouement pour la démence a d'abord touché la sphère médicale de sorte que le point de vue neurologique a toujours prévalu au sein des approches explicatives. L'apport des techniques nouvelles dans le domaine des explorations cérébrales (Scanner, IRM...) a permis d'affiner les hypothèses neurologiques.

On observe la présence de structures anormales, nommées les plaques amyloïdes, situées dans l'espace extracellulaire, une dégénérescence neurofibrillaire à l'intérieur des cellules nerveuses (ce sont les deux marqueurs biologiques associés à la maladie d'Alzheimer), découlant sur une atrophie cérébrale.

Les plaques séniles ou plaques amyloïdes correspondent au dépôt anormal, en dehors des neurones, de la protéine Béta amyloïde. L'accumulation de cette protéine serait responsable d'une réaction inflammatoire par activation microgliale conduisant à la mort des neurones cérébraux.

Quant à la dégénérescence neurofibrillaire, il s'agit, au sein des neurones, d'anomalies complexes d'une protéine nommée la protéine Tau qui joue un rôle important dans la stabilisation et la vie du neurone. Le nombre de cellules atteintes par cette dégénérescence neurofibrillaire serait proportionnel à l'intensité de la détérioration intellectuelle et au degré d'évolution de la maladie.

Ces deux processus dégénératifs envahissent progressivement les différentes zones du cerveau. Elles sont longtemps silencieuses (aucun trouble observable) puis entraînent des manifestations visibles au fur et à mesure qu'elles se multiplient et touchent des zones importantes pour le fonctionnement cérébral.

I.5 Aspects psychologiques et psychanalytiques de la maladie d'Alzheimer.

Aujourd'hui, l'explication des neurosciences permet un diagnostic précoce mais aucun traitement curatif n'est proposé. C'est la raison pour laquelle d'autres hypothèses sont essentielles afin de s'approcher au plus près de la réalité du patient et permettre ainsi une meilleure compréhension de ce qu'il vit.

De nombreux auteurs se sont intéressés, sur un point de vue plus psychanalytique, à la maladie d'Alzheimer. Ils nous donnent ainsi des éclairages sur la vie psychique de ces patients.

Les processus de pensée tendent à s'effacer ou à se rompre dans la maladie d'Alzheimer. Privé de pensée, le dément perd petit à petit la raison (J. Maisondieu, 1984). Pourtant, la psyché du dément ne peut se résumer à celle d'un enfant, elle a son fonctionnement propre. Les processus de pensée ont été très largement étudiés par G. Le Goues et M. Perruchon. Ces auteurs parlent de démentification des processus en lien avec la destruction des représentations. Ce sont d'abord les représentations de mots qui disparaissent avant les représentations de choses, plus solides et bien avant l'affect qui lui perdure dans le temps. Au fur et à mesure de la démentification, ces auteurs constatent un retour vers le pôle perceptif,

un retour à un état primitif. Les liens se défont un par un, déliant toute activité psychique et cognitive.

Le processus démentiel ne désorganise pas l'appareil psychique brusquement mais il provoque un démantèlement par étapes. Les instances subissent des transformations progressives. Pour G. Le Goues, le Moi est en panne, il s'effrite. La baisse des censures rend compte d'un Moi affaibli, qui laisse passer l'expression de pulsions car le Surmoi est destructuré. La fuite du matériel psychique aboutit à l'expression crue ou intempestive de l'inconscient (M. Perruchon, 1995).

L'angoisse serait principalement une angoisse de mort. Pour J. Maisondieu (1984), c'est elle qui conduit à la démence. Selon Charazac (1985), le dément souffre d'angoisse de perte d'objet et d'angoisse de mort. Le patient craint la séparation et de perdre l'objet avec lequel il entretient une relation de dépendance.

La relation d'objet peut se décrire autour du retrait des investissements du monde extérieur, notamment au travers du déni de la réalité. J.M. Talpin, L. Savignac, O. Talpin-Jarrige (1998) observent un désinvestissement dans un premier temps des fonctions cognitives, puis de l'objet et pour finir du sujet lui-même. Pour M. Perruchon (1995), un certain degré d'investissement libidinal de l'objet peut être conservé dans la démence. Le sujet dément peut avoir recours, par un mouvement régressif, à un objet transitionnel pour l'aider à supporter la séparation ou la solitude.

L'affect a une place importante dans la démence et persiste longtemps. Pour certains auteurs, c'est la base de la prise en charge. L'accent est mis principalement sur l'environnement et les relations chaleureuses qui entourent les sujets détériorés. L'affect permet aux émotions de circuler et d'atteindre un niveau de symbolisation. Il peut permettre une réinscription dans la psyché du patient (C. Belakhovsky, CH. Joubert, 1998). Tout se passe comme si l'intérêt affectif ranimait l'intérêt conatif (Perruchon, Le Goues, 1991). A la source de la connaissance comme dans le développement des premières activités mentales, l'affect a un rôle primordial. Dans le cas présent, l'affect a une valeur communicative, il peut servir de tremplin à la relance de l'élaboration mentale des pulsions.

Les hallucinations du dément tentent de redonner vie à des personnages de sa vie passée ou à des êtres chers disparus. Le sujet va halluciner un milieu qui lui est familier. Pour G. Le Goues et M. Perruchon (1992), l'appareil psychique hautement détérioré et débordé par un

flux d'excitations douloureuses, se trouve dans l'incapacité de faire face et retourne à un mode primaire d'élaboration. L'épreuve de réalité, qui finit par se dissoudre dans la démence, amène le sujet à cette satisfaction hallucinatoire ; c'est-à-dire à un réinvestissement de l'image-souvenir non distinguée de la perception.

Les déments ont un « moi-peau » perforé. La structure contenante du psychisme est détériorée, les limites entre soi et les autres, entre dehors et dedans sont fragilisées. Les pertes de mémoire seraient pour A. Thomé et M. Perruchon (1991) des perforations du contenant psychique. Les représentations mentales auraient tendance à fuir par les fissures du contenant. Le monde interne semble ainsi se vider.

Pour pallier la détérioration du contenant psychique, le patient utilise des enveloppes de suppléance (cumuler argent, décorations...), des enveloppes de secours (soignants, médecin, psychologue...). Pour Le Goues, le dément cherche en la personne du thérapeute une matière soutenante, une renarcissisation, une reconstruction de son identité. Le patient investit le thérapeute comme un moi auxiliaire. C'est sur cette voie thérapeutique que le clinicien peut venir en aide à des individus qui sont en perte de raison et en « mort psychique » (G. Le Goues, 1991).

CADRE THEORIQUE :

II. Hypnose

II.1 Définitions :

Qu'est-ce que l'hypnose ? (Roustang, 2003)

L'hypnose est une pratique ancienne, elle est historiquement le premier mode de prise en charge psychothérapeutique structuré (A. Bioy, 2005). Depuis le XVIIIème siècle, sa définition et sa pratique ont été remaniées. L'hypnose moderne date du début du XXème siècle, avec notamment Milton Erickson qui est à l'origine de nombreux changements. Il rendit l'hypnose « plus permissive ». Le thérapeute ne dit plus précisément au patient ce qu'il a à faire ou ne pas faire, ressentir ou pas pendant l'état hypnotique mais il lui offre un choix de possibilités. Le patient est alors acteur de ses changements.

Pour Erickson, l'hypnose peut être caractérisée par «un état de conscience modifiée caractérisé habituellement par certaines réactions physiologiques (relaxation musculaire, diminution de la pression sanguine ou ralentissement des mouvements respiratoires), par une réceptivité élevée aux suggestions et par un accès plus facile aux émotions, aux idées et aux souvenirs inconscients » (Erickson, 1989). Le patient a des ressources qu'il ne connaît que, très souvent, partiellement. L'accès à ses ressources va permettre d'entrouvrir des portes, de nouveaux possibles. Le patient a au fond de lui les ressources utiles aux changements.

L'hypnose d'Erickson se distingue par la singularité de l'expérience hypnotique. Les inductions et les suggestions hypnotiques sont ajustées aux besoins du patient, à ses valeurs, ses croyances et sa personnalité.

L'hypnose est avant tout « *un processus de communication d'influence au sein duquel le clinicien fait surgir et guide les associations intérieures de son client afin d'établir ou de renforcer des associations thérapeutiques dans le contexte d'une relation de collaboration et d'échanges mutuels centrée sur un objectif* » (Yapko, 1992). L'hypnose est un échange entre deux personnes, elle permet d'accéder aux ressources du patient, afin de les utiliser. Par

l'interaction thérapeutique, l'utilisation de suggestions et des ressources du patient, l'expérience subjective du patient va être modifiée.

Jean Godin voit en l'hypnose « 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.

Il est difficile de trouver une définition consensuelle de l'hypnose. L'état hypnotique est un état naturel, qui dans sa forme la plus légère apparaît quotidiennement (rêve éveillé, conduite automatique, oisiveté dans les pensées...). Il nous arrive régulièrement de rencontrer cet état de conscience modifiée, où nous sommes là sans être là, présent physiquement mais porté par d'autres pensées, d'autres émotions, d'autres expériences. Dans un cadre thérapeutique, l'état de conscience modifiée est volontairement induit, il permet de passer d'un état de « veille restreinte » à un état de « veille paradoxale » (Roustang, 2003). C'est dans cet état de veille paradoxale que le sujet va mobiliser ses ressources pour faire émerger des solutions nouvelles.

II.2 Processus hypnotique

a) Induction :

Toute séquence hypnotique débute par une phase d'induction hypnotique. Le temps de l'induction est le temps nécessaire à un patient pour quitter la perception ordinaire afin de se focaliser sur des éléments proposés. Ce temps va lui permettre de vivre un état de conscience modifié. Les techniques d'induction vont être ajustées au registre sensoriel préférentiel du patient. En focalisant l'attention sur un canal sensoriel pendant plusieurs minutes, cette dernière va finir par se relâcher, « par s'y perdre ». L'hypnose conduit alors à un état de dissociation. Pour Roustang (2001), le patient passe « de la figure au fond...à force d'attention à cette figure, le patient va pouvoir justement se plonger dans le fond », s'ouvrant ainsi à son « paysage intérieur » (Salem 2012)

b) Techniques de suggestions

« Une suggestion peut se définir comme étant une idée, un sentiment ou un comportement, inspiré par autre que soi » A. Bioy (2007). Elle peut être verbale ou non, directe ou indirecte, ouverte ou fermée.

- suggestions directes : l'énoncé formulé est fait de façon clair et précis. Par exemple on peut demander au patient de se souvenir de la première fois qu'il est monté sur un vélo.

- suggestions indirectes : l'énoncé est plus permissif, plus ouvert et entraîne souvent moins de résistances. Pour cela, le thérapeute utilise des techniques de communication telles que le paradoxe, le choix illusoire, le saupoudrage...

- suggestions métaphoriques : La situation du patient peut être décrite par l'utilisation de métaphores, d'images qui font allusion à une réaction souhaitée mais non clairement exprimée.

- suggestions post-hypnotiques : l'objectif est de poursuivre le travail fait en hypnose en posant une proposition dont la réalisation se fera après la séance, ces suggestions sont des suggestions directes

II.3 Hypnose et maladie d'Alzheimer.

L'âge est un élément majeur dans l'expérience hypnotique. L'aptitude hypnotique atteint son pic pendant l'enfance et décroît avec l'âge. Ce qui signifie qu'il est difficile d'hypnotiser une personne âgée et qu'il faudra accorder un temps plus long et bien adapté aux capacités sensoriels du patient. Cependant quand nous observons les deux explications apportés par A. Bioy, C. Wood (2008) sur l'aptitude des enfants à être hypnotiser :

- « ils baignent dans un monde où ils ont l'habitude des suggestions de la part des adultes qui les guident »

- « ils ont l'habitude de la « bascule » entre imaginaire et réalité »

Ne pouvons-nous pas penser que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, pour qui les limites entre la vie réelle et la vie imaginaire sont floues, qui vivent en permanence avec les suggestions de l'aidant naturel, ont également des aptitudes hypnotiques à explorer...peut-être même supérieures aux autres personnes âgées?

Cependant l'hypnose est très peu étudiée dans la prise en charge des patients Alzheimer.

Une étude de Liverpool publiée en 2007 suggère que des séances hebdomadaires d'hypnose améliorent nettement la qualité de vie de personnes atteintes de démence. Les auteurs (Duff S., Nightingale D., 2007) ont créé trois groupes de six personnes : un premier groupe reçoit une séance hebdomadaire d'hypnose pendant neuf mois, le deuxième groupe participe à une heure hebdomadaire de discussion de groupes sur l'actualité et le troisième groupe reçoit les traitements traditionnels des maisons dans lesquels ils vivent. Sept critères de qualité de vie ont été retenus : concentration, relaxation, motivation, activités quotidiennes, mémoire immédiate, mémoire d'évènements significatifs de la vie et socialisation. Ces sept critères montraient une nette amélioration chez les volontaires ayant été hypnotisés, pendant la durée de l'étude mais également douze mois plus tard. Les auteurs font l'hypothèse que l'hypnose, améliorant l'anxiété et la dépression des sujets, libère ainsi les ressources utilisées par ces états émotionnels. Ces ressources sont alors disponibles pour d'autres tâches.

II.4 Hypnose et Apathie dans la MA

Les approches non-médicamenteuses commencent par l'éducation des aidants et des soignants, afin d'encourager le patient, de le stimuler, l'intégrer dans les choix et la prise en charge, multiplier les sources de plaisir et d'intérêt.

Les thérapies comportementales et les animations musicales interactives semblent bénéfiques.

Chez les patients vivant à domicile, une prise en charge en hôpital de jour gériatrique combinant des thérapies spécifiques réduit significativement l'apathie. C'est dans ce champ d'intervention que l'hypnose va être utilisée comme outil complémentaire.

L'hypnose, par son accès à la relaxation musculaire, à la détente du corps permet une découverte de soi et de la relation à l'autre. En mobilisant tout le corps et l'imaginaire, cet outil va poser des bases de remaniement psychique pour des personnes conservant encore des capacités intellectuelles suffisantes pour suivre les consignes. Elle peut permettre d'accéder au plaisir de vivre dans les souvenirs ou loisirs d'autrefois. Par l'imaginaire elle peut interroger sur l'intérêt, l'initiative, la motivation, son rapport à l'autre

Problématique de recherche

Dans la démence, la psyché semble s'aplatir en retournant de plus en plus vers ses origines corporelles et ceci au fur et à mesure de la démentification. Ces patients s'égarer, perdent leur raison pour explorer des chemins inconnus. Ils conservent malgré tout une vie psychique.

Sur le plan psychothérapeutique, les différentes techniques vont s'articuler autour de la notion de soin psychique. Elles vont permettre une relance de la pensée, une restitution subjective et une reliaison de l'affect, une réparation narcissique, un maintien de la relation d'objet, en vue d'un meilleur confort de vie et de la sauvegarde d'une autonomie.

L'abord thérapeutique de la maladie d'Alzheimer passe par des prises en charge individuelles telles que l'entretien individuel afin de reconsolider l'identité et le narcissisme du patient, la relaxation afin de diminuer l'angoisse et des rencontres avec la famille ; par des ateliers d'activités en groupe (atelier de stimulation cognitive, ateliers d'activités resocialisantes, groupes de paroles, gymnastique...).

L'intervention coordonnée d'une équipe pluridisciplinaire assurant ses divers soins ralentit indiscutablement la dégradation et la diminution de l'autonomie. L'hôpital de jour psychogériatrique est le lieu le plus adéquat pour cette prise en charge.

C'est dans ce cadre de référence que l'hypnose peut être un outil intéressant. Certains sujets résistent à la stimulation, l'absence de motivation, ou une motivation extrinsèque ne leur permet pas de bénéficier totalement de la prise en charge proposée. Par l'intermédiaire de l'hypnose, par le processus de transe hypnotique et l'établissement d'une alliance thérapeutique, nous pouvons ouvrir une porte sur l'inconscient de la personne. Elle va alors raviver des souvenirs, faire émerger les ressources inconscientes et les émotions ressenties. En luttant contre l'apathie, le patient va de nouveau se sentir au cœur de sa vie, dans l'implication même de sa vie. L'hypnose peut aider à renforcer la personne dans sa vie, dans ses relations aux autres, en se retrouvant dans le plaisir de faire les choses, dans des activités qu'elle aime. Garder cette notion de plaisir et d'investissement affectif positif permet de lutter contre les pertes du statut social et familial et donc de l'estime de soi, qui sont très fréquentes dans cette maladie.

Par l'utilisation de l'hypnose, on propose au patient, le temps d'une séance de quitter une attitude passive et passiviste (Fromage 2001). En revivant des situations passées, le patient renoue avec des émotions éprouvées, avec une place d'acteur, avec une capacité de choix et d'autonomie.

L'hypnose fait appel avant tout au ressenti et même si l'induction et le travail sont aléatoires d'un patient à l'autre, la vie psychique ne s'arrête pas pour autant. Pour Delage (2009), avec les patients les plus détériorés, les exercices en hypnose sont souvent très courts et les représentations plus imagées que verbales, nécessitant souvent un mode de communication plus théâtral. Pour les patients à un stade léger ou modéré, un travail hypnotique plus conventionnel peut être proposé (Burlaud, 2013).

Nous allons tenter d'intégrer l'hypnose dans l'accompagnement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré, par l'utilisation de l'hypnose « classique ».

Nous allons principalement nous centrer sur le trouble psychocomportemental le plus présent et ce dès le début de la détérioration : l'apathie. L'effet aggravant, précipitant de ce trouble nécessite une prise en charge plus particulière.

Nous faisons alors l'hypothèse théorique que l'hypnose permet, à un patient atteint de démence de type Alzheimer, de retrouver une place d'acteur dans sa vie et ainsi avoir une meilleure estime de soi. Sachant que l'apathie altère la qualité de vie des patients présentant une atteinte légère, en luttant contre cette apathie par l'utilisation de l'hypnose, le patient peut opérer des changements positifs dans sa vie, notamment en renforçant son degré d'autonomie et de plaisir.

De cette hypothèse théorique, découlent différentes hypothèses de travail :

- L'hypnose a un effet bénéfique dans l'ici et le maintenant, pendant la séance et dans les heures qui suivent.
- L'hypnose, notamment par les suggestions hypnotiques, peut remettre le patient atteint de démence de type Alzheimer en action, en augmentant son champ d'activités, notamment dans les actes de la vie quotidienne et la prise d'initiative.
- L'hypnose, par la métaphore du loisir ou le retour au souvenir, peut permettre de lutter contre l'éroussement affectif en réimpliquant le patient dans sa vie émotionnelle.

- L'hypnose peut amener le patient à retrouver une curiosité intellectuelle, des centres d'intérêt, un intérêt retrouvé à la nouveauté, à la motivation et à la vie sociale.

En luttant contre l'apathie et ces composantes comportementale, émotionnelle et cognitive, l'hypnose peut améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage.

Méthodologie de la recherche

IV.1 Le cadre institutionnel

Le G.C.S. de Haute Côte d'Or au sein duquel je travaille a un hôpital de jour gériatrique. Ce service s'adresse à des patients résidant chez eux. Il ne fonctionne que la journée. Les patients y sont accueillis de 9heure à 16h30. Une infirmière coordinatrice accueille les patients et les accompagne tout au long de la journée. Elle est assistée d'un médecin gériatre, d'une psychologue, d'une diététicienne, d'une ergothérapeute, d'un kinésithérapeute, d'un A.P.A.. Les prises en charge se font principalement en groupe.

L'hôpital de jour est une structure complémentaire au système hospitalier classique permettant d'éviter ou de raccourcir les hospitalisations et de maintenir le patient à son domicile malgré l'entrée en dépendance. Les soins ont pour objectif d'essayer de permettre un retour à l'autonomie psychique, physique et sociale.

Deux activités sont proposées dans ce service. Deux journées sont consacrées aux chuteurs, principalement à ceux qui ont développé une phobie de la chute avec des conduites d'évitement, une restriction du champ d'activités et une angoisse majeure.

Deux autres journées proposent une prise en charge aux patients souffrant d'une pathologie de type Alzheimer. C'est cette prise en charge que nous allons traiter dans ce mémoire. Différentes activités de soins sont proposées centrées notamment :

- Sur la mémoire : utilisation de stratégies pour se rappeler
- Sur le savoir-faire : reproduire les actes de la vie quotidienne afin de maintenir le plus longtemps possible les acquis et une estime de soi
- Sur le langage : permettre l'expression et la compréhension grâce à des discussions, des échanges sur des thèmes

La prise en charge se fait préférentiellement en groupe de six personnes. L'accent est mis sur la socialisation, sur les capacités restantes, les réussites possibles afin de lutter contre l'effondrement de l'identité.

Les patients ayant une démence de type Alzheimer sont pris en charge pour vingt séances avec un bilan initial et un bilan final. L'aidant naturel est également pris en charge par la psychologue et le médecin.

Je n'interviens pas habituellement dans ce service pour les patients Alzheimer mais plutôt pour les phobiques. Mon intervention est demandée par ma collègue psychologue ou par le médecin de service. Je suis amenée à ne rencontrer que les patients pour lesquels la prise en charge ne semble pas satisfaisante, ou pour les patients qui ont des troubles du comportement venant perturber la vie du groupe.

IV.2 Cadre thérapeutique

Nous utilisons l'hypnose classique avec une phase d'induction qui sera toujours la même, ce qui donnera un repère supplémentaire pour le patient, induction centrée sur le bodyscan, l'environnement et la respiration et suggestions post-hypnotiques.

Par l'intermédiaire des séances d'hypnose, nous allons permettre au patient de retrouver des activités autrefois sources de plaisir, des métaphores qui reprendront les composantes émotionnelle, comportementale et cognitive afin de lutter contre l'apathie.

Nous nous rencontrerons chaque semaine dans un des bureaux de l'hôpital de jour.

IV.3 Outil d'investigation

Différents outils ont été utilisés :

- le Mini-Mental-test : élaboré par Folstein en 1975 afin d'établir un diagnostic différentiel entre démence et dépression. Cet outil permet une évaluation rapide des fonctions cognitives. Son intérêt est de suggérer en deçà d'un seuil la forte probabilité d'une détérioration cognitive organique et d'en estimer l'ampleur, sans toutefois établir un diagnostic. Pour notre prise en charge, cela permet surtout d'ajuster notre technique d'induction et de suggestion en fonction du niveau de dégradation.

- Au-delà de l'entretien clinique qui reste l'outil fondamental de diagnostic d'éléments dépressifs, l'échelle gériatrique de dépression (GDS, version courte), permet d'objectiver le

degré de souffrance du patient. Elle a pour intérêt majeur d'avoir été conçue et validée auprès de personnes âgées en prenant en compte l'écueil des troubles physiques (le biais qui consisterait à considérer certains troubles fonctionnels comme des signes dépressifs).

- Échelle lilloise d'apathie (LARS) : l'apathie se caractérise essentiellement par une perte d'intérêt et une moindre participation aux activités habituelles, un manque d'initiative, une tendance à l'abandon prématuré des activités entamées, une indifférence à soi et aux autres ainsi qu'un émoussement affectif. Il s'agit d'un trouble du comportement fréquent dans de nombreuses maladies neurodégénératives. La LARS a été développée dans l'objectif d'appréhender les dimensions comportementale, cognitive et émotionnelle de l'apathie ainsi que la prise de conscience de soi et d'autrui (Sockeel et al., 2006) lors d'un entretien structuré. Une version pour l'aidant le plus proche a été développée et validée dans un second temps (Dujardin et al., 2008). L'échelle comporte 33 questions réparties en 9 sous-échelles. Huit concernent les manifestations cliniques de l'apathie classiquement décrites dans la littérature : réduction des activités de la vie quotidienne, diminution des centres d'intérêt, manque d'initiative, absence d'intérêt pour la nouveauté, baisse de la motivation, émoussement des réponses émotionnelles, indifférence à soi et aux autres, appauvrissement de la vie sociale. La neuvième est de nature métacognitive et explore les capacités d'ajustement du comportement aux contraintes sociales. La LARS est un complément très utile à l'évaluation des troubles psycho-comportementaux dans les pathologies neurodégénératives. Il s'agit d'un instrument de dépistage de l'apathie et d'évaluation de la sévérité des symptômes.

IV. Présentation de Suzanne

Suzanne est née le 30/06/1925 en Côte d'Or. Elle vit avec son mari âgé de 90 ans. Elle a une fille de 64 ans et un petit-fils de 45 ans célibataire.

Elle est retraitée des PTT où elle rentre en 1944. Elle travaille d'abord aux téléphones, puis lors de la fusion elle est affectée au service postal : « ça n'a pas été simple de s'adapter...c'était pas la même chose »

Elle rencontre son mari à l'âge de 22 ans, elle travaillait déjà et habitait seule.

Elle est issue d'une fratrie de 7 enfants, quatre frères et deux sœurs. Elle dit avoir eu une enfance « normale »

Son père décède à l'âge de 77 ans et sa mère à 82 ans. Ses parents étaient agriculteurs, ils avaient petite ferme familiale. Son père était « trépané » de la guerre, il a donc « fallu beaucoup travailler à la ferme pour aider nos parents ». Mais Suzanne dit ne pas avoir vécu cela comme une contrainte mais comme quelque chose de normale, « il fallait s'entraider ».

Suzanne est tombée en juillet 2013 et s'est fracturé l'humérus, ce qui l'a conduite à une immobilisation du bras et une hospitalisation en USSR pendant deux mois. Durant son hospitalisation, l'équipe constate des troubles cognitifs. Une évaluation neuro-psychologique est demandée, révélant effectivement un affaiblissement intellectuel.

Elle est revue en consultation mémoire de proximité (CMP) en février 2014. La patiente a bénéficié en fin d'année d'une IRM qui montre une atrophie cérébrale, une atrophie hippocampique.

Une perte d'autonomie fonctionnelle importante est observée : mobilité à la marche aidée d'une canne consécutivement à sa chute et fracture de l'humérus en juillet dernier avec une répercussion sur sa confiance en soi et son corps. Elle est autonome pour la toilette et l'habillage. A domicile, elle bénéficie d'une aide (2h/semaine), du portage de repas et son époux fait les courses. La conduite automobile est abandonnée depuis la chute car Suzanne ne se sent plus en confiance. L'appétit et le sommeil sont satisfaisants.

Sur le plan neuropsychologique, le fonctionnement cognitif global est modérément altéré avec un MMS à 21/30.

Au niveau mnésique, on constate des déficits des mécanismes d'encodage et de stockage en mémoire épisodique. Les mécanismes de récupération sont déficitaires et l'indiçage ne permet pas une normalisation des résultats. En mémoire à court terme, les performances de maintien sont dans les normes basses pour l'âge, les capacités de mémoire de travail restent correctes. En mémoire sémantique, une légère perturbation des connaissances est notée.

Par ailleurs, le bilan montre l'existence d'un important syndrome dysexécutif et attentionnel. Les déficits concernent les capacités d'élaboration conceptuelle, de flexibilité mentale (normalisées par l'indiçage), de planification visuo-spatiale. Sur le plan attentionnel, une certaine sensibilité à l'interférence est retrouvée.

Au niveau instrumental, une discrète altération du stock lexical est retrouvée, ainsi qu'une apraxie visuo-constructive et idéomotrice. Pas d'agnosies.

Son mari s'est « débrouillé seul » à la maison et, à son retour, il a continué à vivre selon le même rythme. Il gère tout à domicile, il anticipe tout ce que Suzanne va faire, l'entraînant un peu plus dans « sa dépendance et sa perte d'autonomie ».

Sur le plan de l'humeur, Suzanne pense être aujourd'hui diminuée, notamment à cause de cette chute et « de son corps vieilli ». « Je suis devenue nulle... je deviens bête ». Une perte de l'estime de soi est présente. Elle dit être bien entourée et espère que « sa situation va s'améliorer ». A l'échelle de dépression (GDS), le score est de 5. Un score supérieur à 5 indique qu'il y a un risque de dépression.

Le diagnostic différentiel entre le syndrome dépressif et le syndrome apathique a été difficile à faire car Suzanne a de nombreux symptômes partagés par les deux. Elle a une perte d'intérêt, un ralentissement psychomoteur, une perte d'énergie. Par contre, elle est inquiète pour les siens mais elle n'est pas triste, elle n'a pas d'idées suicidaires, elle ne se sent pas coupable, n'est pas pessimiste, n'a pas de troubles du sommeil et de l'appétit, ce qui serait en faveur d'une dépression. Cependant, elle a une absence de motivation, un manque d'initiative, une réduction des réponses émotionnelles, avec quasi plus d'émotions positives, un retrait social et une absence de persévérance. A la LARS, on observe une apathie sévère (17/36):

- un manque de curiosité intellectuelle : Suzanne a peu, voir pas d'activités, elle ne s'intéresse pas à ce qui l'entoure, à la nouveauté. Elle fait peu d'efforts volontaires, si elle se trouve en difficulté n'essaie pas d'autres solutions. Elle a tendance à abandonner facilement. Suzanne dit ne pas avoir d'amis, de « toute façon je ne donne plus mon avis car je suis devenue bête »

- peu d'activités sont présentes au quotidien, aucune place aux activités-plaisir n'est laissée. Suzanne dit qu'elle ne prend plus d'initiative, que l'on doit régulièrement lui dire les choses pour qu'elle les fasse, souvent même la forcer un peu. Au niveau du travail hebdomadaire, elle « ne fait plus rien », son mari a tout sécurisé (femme de ménage, repas à domicile...)

- l'implication demeure toujours présente mais elle reste davantage centrée sur l'inquiétude et l'anxiété à l'égard des siens plutôt qu'à un sentiment de plaisir et de joie.

La LARSi, remplie par l'époux, montre également une apathie sévère (12/36) avec principalement un manque d'activité et de prise d'initiative, une absence de centres d'intérêt, peu de motivation et d'efforts fournis et aucun contact social en dehors de son cercle familial.

A la retraite, elle aimait marcher, aller boire le thé chez ses copines. Elle faisait également de la tapisserie, du tricot et du crochet. « Depuis que je suis tombée, je ne fais plus rien ».

Suzanne est revue dans le cadre d'un suivi en consultation mémoire où une prise en charge en hôpital de jour est proposée.

Elle intègre les ateliers en février, une fois par semaine.

1^{ère} rencontre : Anamnèse

Ma collègue, psychologue qui intervient dans les ateliers de stimulation cognitive me demande de rencontrer Suzanne qu'elle trouve très apathique, peu motivée à faire les choses, une stimulation permanente est nécessaire. Suzanne ne profite pas de la vie de groupe et reste très passive dans sa relation à l'autre.

Suzanne arrive dans mon bureau le regard fermé, ne sachant pas quoi dire, l'échange est un peu difficile au départ. Elle répond très brièvement aux questions.

Notre première rencontre permettra de faire connaissance, d'établir l'anamnèse et de mettre en évidence l'élément déclencheur de la baisse de son champ d'activités, de la « passivité qui la suit depuis plusieurs mois ». Elle évoque ses troubles de mémoire, mettant en avant une difficulté à s'exprimer, à se faire comprendre, « parfois même je dis n'importe quoi ». Elle perd petit à petit confiance en elle, en son corps et cette perte de confiance est « renforcée » par les membres de sa famille, notamment son mari : « je vois bien qu'il ne me fait plus confiance, il est toujours derrière moi, voire très souvent devant moi à faire les choses », « je ne peux plus bouger alors je me repose ».

Suzanne dit bien dormir et avoir bon appétit. Elle espère que les choses vont revenir comme avant car elle ne se reconnaît plus dans cette vie.

A la fin de ce premier entretien, je lui propose de travailler sur ses capacités à faire, « à se remettre en route » par l'intermédiaire de l'hypnose. Nous travaillons sur les croyances de

Suzanne qui pense que je vais l'endormir, elle dit ne pas vraiment y croire mais elle veut bien essayer.

2^{ème} rencontre : Rencontre avec l'hypnose et lieu secure

« J'ai mal dormi cette nuit car j'étais angoissée par la journée. C'est difficile ce que l'on fait ici ». Dans ce cas, je lui propose d'investir l'hypnose comme une séance de relaxation qui va lui permettre de baisser cette anxiété et retrouver un peu de calme intérieur.

Dans la maladie d'Alzheimer, l'angoisse majeure est l'angoisse de vidage, la peau, le corps n'est plus vraiment protecteur et le patient voit s'enfuir chaque fois une partie de lui-même. C'est pour cela que lors de notre première séance d'hypnose nous proposons l'installation d'un « lieu secure ».

Tout d'abord, nous conduisons la patiente à se déconnecter d'avec son environnement extérieur en focalisant son attention sur l'environnement, les sons, ses appuis sur le fauteuil (bodyscan), sa respiration, les va-et-vient de sa respiration. Suzanne ouvre les yeux puis les referme, je l'accompagne dans ses mouvements en lui expliquant bien qu'elle « peut ouvrir ou fermer les yeux ou les deux à la fois, cela n'a aucune importance ».

Puis nous tentons de l'amener à percevoir l'état modifié de conscience dans lequel elle se trouve en lui suggérant de rapprocher ses mains, de sentir l'énergie qui circule entre ses mains, la force qui se joue entre ses deux mains, ses mains qui s'attirent de plus en plus, qui ont envie de se rapprocher doucement, simplement sentir la chaleur l'une de l'autre...

Nous la laissons percevoir le rapprochement de ses mains les yeux fermés et ouverts, alternant fréquemment les deux positions. Elle décrira pendant l'exercice qu'elle sent ses mains comme attirées l'une par l'autre sans qu'elle ne puisse rien y faire, « comme s'il y avait un aimant ».

Puis petit à petit « les yeux restent de plus en plus longtemps fermés » et tranquillement nous proposons à Suzanne d'installer dans son esprit son espace de sécurité intérieur. Nous activons au fur et à mesure les cinq sens : la vision, l'audition, l'odorat, le goût et le toucher. Suzanne échange sur cette espace qui représente son jardin : « je regarde tout autour de moi, mes fleurs, ma bordure qui est superbe » puis me décrit précisément toutes les fleurs

qu'elle perçoit, les odeurs, les couleurs, la présence d'un soleil « tout doux ». Je l'invite à bien sécuriser son jardin si cela n'est pas déjà fait, à bien observer les contours, les limites...

- « Le jardin est accolé à la maison, il faut descendre pour y aller, et puis il y a un petit muret tout autour et sur le muret il y a une grille... non pas, une grille, comment on dit déjà, pas des barbelés... »... « un grillage, une barrière ? »... « oui c'est ça un grillage qui monte haut »... « je me sens bien dans ce jardin ».

Je lui propose d' « ancrer son espace intérieur de sécurité en faisant un geste, en prononçant un mot qu'elle pourra réutiliser quand elle aura besoin de se protéger, de se sentir au calme ». Elle lève le bras droit.

Nous lui proposons comme suggestions post-hypnotique : « Vous allez profiter de ce sentiment de bien-être et le prolonger dans les heures, dans les jours qui suivent... vous allez laisser l'envie de faire monter en vous et vous vous sentirez plus à l'aise, plus relaxée, plus motivée pour faire les choses que vous voulez faire. Vous allez même peut-être vouloir faire plus de chose avec votre mari, votre fille, votre petit-fils ou d'autres personnes avec qui vous voulez être, avec qui vous voulez discuter... ».

Puis tranquillement je lui propose de quitter son espace secure et de revenir dans le bureau, de reprendre contact avec les appuis de son corps sur la chaise, de prendre de nouveau contact avec les sons présents dans la pièce et puis d'ouvrir les yeux quand elle se sentira prête, quand elle l'aura décidée, calmement.

Suzanne dit se sentir bien, calme, « j'étais bien dans mon jardin ». Nous échangeons un peu sur ses sensations, sur « l'impression d'être vraiment partie ». Puis je lui propose de lever le bras (sans évoquer le terme ancrage afin de voir si un lien entre son jardin et son geste persiste), de fermer les yeux et de me dire à quoi elle pense « au dahlia en fleur de mon jardin »...

3^{ème} rencontre : Activité-plaisir

Suzanne arrive dans le bureau avec le sourire. « Qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui ? ». Nous reparlons de son lieu-secure mais elle ne se rappelle pas de quoi il s'agit. Je l'aide à retrouver en mémoire ce lieu qu'elle a choisi la semaine passée, elle retrouve petit à petit le calme et la

sérénité qu'elle avait ressentis dans son jardin. Cependant Suzanne ne se rappelle pas de son point d'ancrage.

La semaine s'est déroulée comme les semaines précédentes « ni mieux, ni mal ». Cependant Suzanne ne dit pas être angoissée par la journée à venir et n'évoque pas de d'anxiété à l'endormissement.

Puis nous décidons ensemble de travailler sur une activité-plaisir, en tout cas qui lui donnait du plaisir autrefois, et pour cela je lui propose de le faire en hypnose.

Après une phase d'induction où Suzanne alterne régulièrement les yeux fermés ou ouverts, nous la remettons en situation d'une activité plaisir, la tapisserie d'un tableau qu'elle a commencé il y a plusieurs mois, voire années (ne sait plus trop). Ce tableau représente un vase avec cinq roses à l'intérieur.

- « Après avoir fait votre vaisselle avec votre époux, je vous propose d'aller dans le placard où se situe votre tapisserie laissée là, à l'abandon, depuis fort longtemps. De prendre tous vos cotons, vos aiguilles et de descendre tranquillement dans votre jardin où un fauteuil confortable vous attend ». Suzanne oscille encore entre des moments où les yeux sont fermés, s'ouvrent brièvement puis se referment. Je la laisse s'installer tranquillement dans son jardin où elle me décrit chaque étape, le placard où elle est allée chercher ses affaires, la poussière qui s'est déposée, la descente pour aller au jardin, la chaise à l'ombre qui l'attend face aux parterres de fleurs que son mari a plantés. Plus elle s'installe dans cet espace, plus elle garde les yeux fermés, se laissant porter par la chaleur du soleil, l'odeur des fleurs, « des roses », qui se dégage, les couleurs vives présentes dans le jardin.

« Installée confortablement, appréciez ce que votre corps vous dit, la détente dans laquelle il se trouve, le calme ressenti, juste être là et se sentir bien d'être là. Puis, peut-être maintenant, vous vous sentez dans l'envie de faire, dans l'envie de rentrer en communion avec ce qui s'offre à vous, devant vous, et tranquillement prendre la tapisserie que vous avez apporté, les laines, les cotons et commencer à trier les couleurs que vous voulez y mettre... »

Suzanne prend la parole et m'invite dans son espace intérieur en me partageant chaque geste, chaque avancée, chaque choix : « Je cherche les cotons, je regarde si cela va avec les autres roses que j'ai faites, j'essaie d'accorder les couleurs...cette dernière rose va être un dégradé de rouge et de rose... Je commence par les contours, je pars du grenat à gauche de la rose sur 2-3 rangs...puis rouge...puis moins soutenu...jusqu'au rose clair...

« C'est bien cela donne de la lumière à votre rose ».

« Oui elle brille... quand je regarde l'ensemble et elle se marie bien avec les autres »

« Apprécier ce que vous venez de faire, les choix que vous avez faits et le résultat obtenu. Ce travail que vous n'aviez pas achevé, non seulement vous venez de le terminer mais vous lui avez donné un éclat, une énergie... »

« J'ai beaucoup fait de tapisserie depuis la retraite, je pouvais passer des heures à choisir les tableaux, les couleurs... »

« Maintenant que ce travail est terminé, peut-être pouvez-vous en faire quelque chose... peut-être lui trouver une place car c'est une belle victoire, c'est lui qui vous aura remis en marche. Cherchez dans votre espace, la place qu'il peut prendre. »

« Je sais où je vais le mettre...dans mon salon, je vais mettre cette tapisserie à la place de fleurs séchées que je n'aime pas mais que l'on m'a offert. ». Suzanne décide donc d'installer son tableau dans son salon, sur sa cheminée et de remplacer une « nature morte » qu'elle n'aime pas, par un tableau coloré, lumineux...une tapisserie de qualité.

« Prenez le temps d'enlever ces fleurs et d'installer votre tableau qui vous donne satisfaction et que vous avez tissé avec courage, envie et talent. Profitez également de cette énergie, de cette envie pour continuer dans les heures, les jours à venir à être dans cette initiative, dans cette volonté...à aller chercher au fond du placard cette tapisserie et à la tisser comme vous venez de le faire...et peut-être même poursuivre dans d'autres activités dans lesquelles vous trouverez plaisir et satisfaction... vous allez laisser l'envie de faire monter en vous et vous vous sentirez plus à l'aise, plus relaxée, plus motivée pour faire les choses que vous voulez faire. Vous allez même peut-être vouloir faire plus de choses avec votre mari, votre fille, votre petit-fils ou d'autres personnes avec qui vous voulez être, avec qui vous voulez discuter... »

Puis nous proposons à Suzanne de revenir dans l'ici et le maintenant quand elle sera prête, quand elle l'aura décidé.

Suzanne se dit satisfaite de cette « parenthèse » et me remercie. « Je sais ce que je dois faire maintenant. Il faudrait aussi que je reprenne la tapisserie, le canevas... Mais il faut aussi que je marche et que je m'intéresse à ce qui se passe autour de moi. Je vais sortir, sortir pour voir mes voisines. Je vais prendre contact avec mes amis, les appeler. »

4^{ème} rencontre : Métaphore de l'oiseau et la cage dorée

Ma collègue m'informe que Suzanne est plus volontaire dans les exercices. Elle la sent plus motivée. Elle arrive mieux à se concentrer et elle a partagé avec le groupe qu'elle aurait repris une tapisserie avec des roses...

Suzanne m'informe du décès de sa voisine et dit « être profondément attristée par cette nouvelle ».

Puis elle évoque l'anniversaire de sa sœur chez qui elle est allée. " On a passé un bon moment, j'ai vu des neveux et nièces que je n'avais pas vu depuis longtemps. Par contre, ma sœur a invité 50 personnes, c'est du travail moi je n'aurais jamais assez d'énergie pour organiser un truc pareil ».

Elle m'informe également que son petit-fils est venu manger samedi et qu'elle a fait à manger mais ne sait plus si elle a fait « une daube aux carottes ou un rôti de porc avec du riz ». Je l'encourage à poursuivre d'autant qu'elle semble être satisfaite et avoir satisfait son mari et petit-fils.

Sur cette séance, elle ne sait pas sur quoi travailler, je lui propose qu'on aille faire « une petite balade ». Elle accepte. Au début de nos échanges, Suzanne m'a dit à plusieurs reprises « se sentir enfermée dans cette maison où son mari a tout contrôlé, où finalement je n'ai plus de place . A mon retour de l'hôpital, il se dépêchait de manger, et faisait comme si je n'existais pas. Il prenait soins de moi mais je n'avais aucune marge de manœuvre...je suis partie et à mon retour j'étais prisonnière, enfermée dans une cage... une cage dorée parce que je ne suis pas malheureuse ».

Après une phase d'induction, je lui propose de visualiser une cage dorée, avec tout le confort qu'un oiseau en cage peut avoir... à boire... à manger... chanter...mais peu d'initiatives lui sont offertes... Cet oiseau qui tourne en rond... qui chante de moins en moins d'ailleurs... cet oiseau qui se met à rêver d'ailleurs, de liberté, de retrouver une liberté qu'il a déjà connue, de retrouver une autonomie de mouvement...

« Alors je vous propose d'ouvrir cette cage..., à la force de la volonté de cet oiseau..., par la force de son bec..., il arrive à retirer le crochet qui maintient fermer cette porte et la laisse s'entrouvrir.... Pour s'échapper, l'oiseau a besoin de se rappeler... de se rappeler ses premiers pas dans le vol car cela fait si longtemps que cela ne lui est pas arrivé... Il doit reprendre

confiance en lui et retrouver des automatismes qu'il connaissait si bien... Seule la motivation, la confiance et l'expérience vont lui permettre de reprendre son envol...afin d'explorer de nouveaux possibles... Voyez-vous cet oiseau ? »

« Oui oui il est sur la table... C'est un merle, il est beau... Il n'ose pas mais je vois bien qu'il essaie et qu'il veut passer par la fenêtre qui est grande ouverte devant lui... Je sens bien qu'il a peur... Ca y est, il vole... Mais il ne sait pas où aller... »

« Peut-être a-t-il simplement envie de se laisser porter par cette liberté retrouvée...juste se sentir léger...voler au-dessus de tout...aller et venir...sentir le vent sur ses plumes, observer les couleurs qui s'offrent à lui, les odeurs diverses et variées...et puis s'attarder sur une nouveauté, sur une couleur, sur un endroit... »

« Oui il est allé sur la branche d'un pommier... il regarde et chante. Il est plus fort que tout a l'heure quand il est sorti de la cage... il écoute et regarde puis tout d'un coup il repart... puis il revient se reposer sur la branche du pommier... il chante »

« Peut-être appelle-t-il des amis ? Peut-être il veut tout simplement dire qu'il est là...qu'il est revenu... »

« Oui d'autres oiseaux viennent se poser sur cette branche et ça chante tous en chœur... ». Suzanne sourit « tout se passe bien, tout le monde a l'air bien, ça fait du bien... »

« Profitez de ce moment agréable, de cette communion entre ces oiseaux, observez ce qui se passe entre eux... »

« Ils ont l'air heureux tous ensemble. Ils chantent puis partent voler...et ils reviennent... »

« Peut-être votre merle peut aller explorer les lieux qui l'entourent... peut-être veut-il s'abreuver, avec tous les efforts qu'il a fournis il a peut-être besoin de se restaurer... peut-être qu'il y a une rivière ou un ruisseau qui s'écoule plus ou moins près de lui... regardez bien autour... »

-« Oui un petit ruisseau... comme un petit cours d'eau »

« Un petit cours d'eau qui s'écoule tranquillement... regardez comme l'eau est claire, transparente... L'oiseau s'approche de l'eau... il écoute le bruit dansant de ce ruisseau et s'approche pour se rafraîchir. Il regarde l'eau qui coule et vient boire là où le courant est moins dense, là où l'eau semble stagnante... puis en relevant la tête il observe les brindilles

qui sont là coincées par les pierres, par le lit de ce ruisseau... il décide de les aider à repartir, à reprendre le cours de l'eau et le chemin qu'elles sont censés parcourir... »

« Il est rigolo ce merle, il joue avec l'eau et les brindilles et les regarde descendre le long du ruisseau... il les suit même... il vole au-dessus de l'eau et regarde les petits bouts de bois qui se laissent porter par le courant de l'eau... puis il revient... il chante... il répond à des oiseaux... »

« Alors profitez de ce moment agréable, de cette communion entre tous ces oiseaux, initiée par l'oiseau de votre inconscient et quand vous l'aurez décidé votre merle pourra rentrer chez lui ou continuer à profiter pleinement de cette belle journée, des nouveautés, des découvertes qu'il a faites, du partage qu'il a initié et du plaisir qu'il a eu d'être avec les siens.»

« Il revient... il teste, s'approche mais repart, il vient juste chercher à manger et repart... Je crois qu'il ne veut plus être prisonnier, il ne veut plus être privé de liberté... Au grand air il vole...comment on dit il tourne en rond... fait des roulades... il voltige... il paraît drôlement plus confiant, plus sûr... Je ne crois pas qu'il va rentrer de nouveau, il va peut-être revenir de temps en temps pour se nourrir, faire un coucou mais c'est bien d'être dans les airs, libre de ses mouvements... »

« Très bien profitez de cette légèreté, de ces mouvements, de cette joie que ce merle communique,... observez l'implication de votre merle dans ce qu'il entreprend... C'est vous qui le décidez et quand vous l'aurez décidé vous pourrez faire le chemin inverse... quitter petit à petit votre merle en emmenant avec vous sa confiance... son envie... sa curiosité... sa prise d'initiative... son courage... sa joie... revenir tranquillement dans le bureau, reprendre contact avec le filtre sonore de la pièce, votre respiration, les appuis de votre corps sur le siège... et ouvrir les yeux quand vous l'aurez décidé...mais prenez tout votre temps pour cela ». Puis tranquillement, Suzanne revient dans le bureau avec un sourire et une clarté dans son regard.

A son retour, Suzanne dit se sentir bien, « plus légère ». Mais ne souhaite pas en dire plus. Suzanne ouvre de moins en moins les yeux pendant les séances, bouge de moins en moins les bras, rentre de plus en plus profondément en transe.

5ème rencontre : Conte métaphorique

Suzanne dit se sentir de mieux en mieux. Elle est allée acheter le pain seule, fait de plus en plus souvent les repas, le couple ne prend plus que trois portages de repas par semaine. Elle dit retrouver confiance en elle et en ses capacités. Elle se réinsère petit à petit dans les tâches ménagères.

Elle a apporté sa tapisserie et me montre ce qu'elle a fait (mais ne semble pas se souvenir qu'elle l'a fait en hypnose).

Suzanne est allée avec son époux au repas des aînés organisé par le nouveau maire. « C'était bien, il y avait de la musique, j'ai fait connaissance avec ma voisine... je ne me lie pas trop mais on a un peu discuté... »

Suzanne évoque également une promenade dans son quartier où elle s'est arrêtée chez la voisine qui était dans son jardin. Elle l'a appelée et elle l'a conviée pour boire une tasse de café. Elle ne se rappelle plus ce qui a été échangé mais elle a trouvé ce moment très agréable.

Sa sœur a chuté à domicile et est restée toute la nuit au sol « car elle a oublié d'appeler... elle a elle aussi des troubles de la mémoire... ». Elle se dit inquiète pour sa sœur qui vit seule à domicile et qu'elle ne sent plus en sécurité.

Pour cette dernière séance d'hypnose, nous avons repris le Conte du Magicien d'Oz en aménageant le récit à Suzanne. Nous faisons une induction habituelle en passant par un bodyscan, puis en se centrant sur la respiration, puis nous proposons à Suzanne, pour cette dernière séance d'aller encore plus en profondeur et de laisser son inconscient écouter cette histoire, un conte qui va directement lui parler :

« Il était une fois, une petite fille du nom de « Thérèse » qui vivait dans une région agricole plate, sans couleurs, sèche car il n'avait pas plu depuis longtemps. Sa maison était une petite ferme en bois très modeste. Thérèse s'ennuyait, restait dans sa toute petite chambre, souvent sans rien faire pendant des heures en pensant à une autre vie. Elle rêvait d'aller ailleurs "au-delà de l'arc-en-ciel".

Or, un jour, une terrible tornade s'abat sur la région. Thérèse n'a pas le temps de se cacher dans la cave avec toute sa famille et se retrouve seule dans la maison. Arrachée par le vent furieux, celle-ci, bien que ballottée en tous sens reste miraculeusement intacte. Cela dure si longtemps que la fillette finit par s'endormir après avoir réussi à grimper dans son lit. Tout à

coup, elle se réveille, secouée par un grand choc. Elle écoute : plus de bruit, plus de vent. Elle ouvre alors la porte et s'aventure dehors.

Elle a dépassé le pays de l'arc-en-ciel. Surprise, elle regarde tout autour d'elle et découvre un paysage inconnu et très beau avec de l'herbe verte et des fleurs multicolores partout. Elle rencontre une gentille Fée qui lui apprend qu'elle se trouve au pays magique où règne un grand magicien qui vit dans la Cité d'Émeraude.

Mais Thérèse s'inquiète, elle se sent perdue. Comment faire pour retourner auprès des siens? La gentille Fée lui dit alors : "Tu dois t'adresser au Magicien, lui seul peut t'aider" et elle lui indique le chemin : une longue route, une route de briques jaunes. La fillette n'a pas le courage, la volonté pour traverser tout ce parcours. Elle s'inquiète et pense ne pas avoir les capacités, la force d'aller jusque là-bas seule. Pour l'aider la gentille Fée lui offre une paire de souliers en argent magiques et un baiser pour la protéger.

Chemin faisant, elle rencontre trois individus souhaitant des qualités essentielles pour vivre de façon agréable :

- un épouvantail qui veut voir le Magicien afin de lui demander d'obtenir un cerveau dans sa tête de paille afin de pouvoir bouger, s'intéresser à ce qui se passe autour de lui, parler avec la nature qui l'entoure

- puis un homme de fer qui, lui, désire voir le Magicien afin qu'il ajoute un cœur à son corps métallique afin de pouvoir ressentir les émotions positives, telle que la joie, le bonheur, la sérénité, le plaisir...

- enfin un vieux lion fatigué, ralenti qui souhaite avoir du courage et de l'envie.

Thérèse accompagnée de l'Épouvantail, de l'homme de fer et du Lion se mettent en chemin. Après maintes péripéties, ils arrivent à la Cité Verte.

Celle-ci resplendit de mille feux d'un vert magnifique. Le Gardien des Portes leur ouvre l'immense portail de cette cité. Il leur donne à chacun une paire de lunettes vertes pour qu'ils ne soient pas aveuglés par l'éclat éblouissant de la splendide Cité. Puis nos quatre aventuriers sont présentés au Magicien, chacun a la même réponse : "J'accepte de t'aider, mais en échange tu dois tuer la méchante sorcière qui paralyse tout le monde."

Le magicien reste imperturbable devant les pleurs de Thérèse qui se demande bien comment elle va faire pour faire une telle chose. L'homme de fer vient consoler Thérèse et lui explique qu'en alliant leur force et leur courage, ils arriveront à affronter cette sorcière. Les quatre compagnons se consultent et s'entendent pour réussir ensemble. L'épouvantail qui connaît bien la nature mène le groupe au domaine de la sorcière. Cette sorcière n'avait qu'un œil, mais un œil magique, capable de voir tout ce qui se passait dans le pays. Elle aperçoit les intrus et se met en rage. Elle décida donc de se débarrasser d'eux, en envoyant ses soldats : des grands loups aux yeux cruels, des corbeaux sauvages et des abeilles géantes noires. Le lion arrive à effrayer les loups par son rugissement et sa stature. N'est-il pas le roi de la jungle ? L'épouvantail laisse se poser les corbeaux et par une rotation brusque les expulse si loin qu'ils quittent le pays. L'homme de fer par sa carapace protège Thérèse des abeilles qui se faufile dans le château de la sorcière. Rien ne peut les arrêter. Car la sorcière ne réussit à vaincre ni l'amitié ni le courage de nos compagnons, qui ne forme qu'un.

Face à Térése la méchante femme tente de lui dérober un des souliers d'argent que lui a donnés la gentille Fée.

"Rendez-moi mon soulier ! demande-t-elle à la sorcière.

- Je conserve cette chaussure ! rétorque l'autre, maintenant elle est à moi.

- Vous êtes méchante, crie Thérèse. Ce soulier ne vous appartient pas

- Je m'en moque, je le garde, glousse la vieille sorcière, et bientôt je te prendrai l'autre", dit-elle méchamment. Thérèse en colère lui envoie à la figure un baquet plein d'eau qui se trouve à portée de sa main. La sorcière est totalement trempée. A sa grande surprise, Thérèse la voit alors se mettre à rapetisser. Elle hurle : "J'ai peur de l'eau ! Je vais disparaître ! Tu l'as fait exprès car tu savais que l'eau me ferait fondre ! Mais non, pas du tout ! ", répond Thérèse. Et elle regarde la sorcière fondre sous ses yeux et disparaître dans une mare d'eau. C'est alors une grande joie et une délivrance dans toute la région car cette méchante sorcière oppressait toute la population de ce pays.

Nos quatre compagnons retournent alors auprès du Magicien en lui rapportant le balai de la Sorcière. Mais le magicien se trouve être un imposteur.

Il parvient tout de même à donner à l'épouvantail, à l'homme de fer et au lion ce qu'il leur manque :

- un cerveau à l'Épouvantail en lui décrochant la tête pour la remplir d'aiguilles et d'épingles, mais l'épouvantail avait déjà un cerveau qu'il a su mettre au service du groupe pour les mener dans le domaine de la sorcière et pour tromper les corbeaux.

- un cœur en satin pour l'homme de fer afin de ressentir les doux sentiments, mais un cœur il en avait déjà en se sacrifiant pour Thérèse et en la consolant.

- une potion censée donner le courage et l'envie de poursuivre au vieux lion, mais du courage il en avait fait preuve face à ses terribles loups.

Il lui est plus difficile de ramener Thérèse chez elle... En fin de compte, Thérèse peut rentrer chez elle grâce à l'aide de la Fée, qui lui apprend que les souliers d'argent pouvaient l'aider : il lui suffit de claquer trois fois des talons et d'exprimer un souhait.

Le vœu de Thérèse est exaucé : elle est retournée chez elle dans la nouvelle ferme de ses parents.

Finalement chacun avait déjà en lui ce qu'il souhaitait. L'Épouvantail, à la recherche d'une cervelle, est bien plus malin qu'il n'y paraît. L'homme de fer aime d'un cœur assez grand pour s'abstenir d'en convoiter un. Quant au lion, le courage qu'il entend trouver est déjà en lui et il l'utilise à merveille. Même chez Thérèse, il y a cette sorte d'évidence : dès son arrivée dans ce nouveau Pays, elle veut retourner auprès des siens là où elle a l'amour des siens; à l'endroit même où elle s'ennuyait si fort et où le paysage lui semblait si gris.

Ces quatre amis ont réussi en ne formant qu'un, en réunissant leur force et leur manque. »

Suzanne n'a pas ouvert les yeux de toute la séance, n'a pas émis un son de tout le récit et a ouvert les yeux juste au moment où nous l'avons encouragée à le faire.

Suzanne dit « s'être sentie transportée dans un autre monde ». Elle précise « ne pas avoir tout compris ou tout entendu parce que c'était très long et un peu compliqué ». « Il lui arrive des tas de choses à cette fille ». Elle finit par dire « C'était quelque chose d'important qui m'a apporté beaucoup de choses »...

Ce conte mettait un terme à notre prise en charge par hypnose. Nous voulions, à travers lui, par l'identification aux quatre protagonistes ou à leur unité, permettre à Suzanne, de percevoir que chacun a des capacités dont il a besoin ; il suffit juste de les percevoir, d'aller les chercher

en soi et de les explorer. Ces ressources sont ses ressources et la maladie ne les a pas emportées...

6^{ème} et dernière rencontre : Bilan

C'est le moment où nous faisons le point avec Suzanne, l'équipe et son époux. « Ça m'a fait beaucoup de bien ce qu'on a fait ensemble. Ça m'a fait rouvrir un peu tout, tout ce que j'ai vécu... de mon enfance à maintenant...je ne sais pas comment dire mais j'ai revu plein de choses et ressenti plein de choses. ».

Suzanne dit se sentir plus en action et plus en contact avec les autres. A l'échelle LARS, elle obtient un score de -26, ce qui correspond à la mise en évidence d'une attitude non-apathique. Elle se sent très impliquée sur le plan émotionnel et les capacités d'autocritique. Sur le plan comportemental, elle se sent remise en action et tente des choses. Sur le plan cognitif, même si des progrès restent à faire, elle reprend contact avec une vie sociale, avec quelques centres d'intérêt d'autrefois. Il reste à approfondir les efforts volontaires et l'intérêt à la nouveauté.

Son époux et sa fille, qui ont rempli la LARS destinée à l'aidant, la trouvent effectivement bien mieux, Suzanne participe davantage aux activités de la vie quotidienne : ménage, lessive, repassage, cuisine, jardinage et a repris la tapisserie qu'elle avait mise de côté depuis plus d'un an. Le score à l'échelle est de -23, signifiant également une attitude non-apathique. Le constat est le même que celui fait avec Suzanne. Ils la perçoivent bien mieux sur le plan comportemental, sur le plan émotionnel, principalement dans les émotions positives et sur le plan cognitif : « elle sourit beaucoup plus qu'avant et s'intéresse davantage à ce qui se passe autour d'elle... elle parle davantage ».

Dans le groupe en HJ, elle participe davantage à la vie du groupe, utilise toutes les stimulations proposées et fait profiter de sa bonne humeur.

A l'échelle de dépression elle obtient un score à 4, le score s'est normalisé.

« Maintenant, je dois continuer dans ce sens et je dois garder la force de réagir et de faire »...

Discussion théorico-clinique

Ce mémoire avait pour but d'appréhender la pathologie démentielle par une approche différente, en allant directement là où le patient se situe déjà. Par la modification de l'appareil psychique et l'abaissement des défenses, le patient Alzheimer se situe très fréquemment dans un registre inconscient où les barrières et les limites sont de plus en plus floues. Nous avons utilisé l'hypnose pour nous permettre cet accès.

En ce qui concerne des hypothèses !

Par l'hypothèse théorique, nous avons centré notre prise en charge sur un des troubles du comportement de la maladie d'Alzheimer : l'apathie. Considéré comme le symptôme psychocomportemental le plus fréquent au stade de démence et le deuxième au stade de troubles cognitifs légers, il nous semblait essentiel de le traiter tout particulièrement. D'autant plus qu'elle accélère le déclin cognitif et alourdit le fardeau de l'aidant.

Pour l'hypothèse de travail selon laquelle l'hypnose a un effet bénéfique dans l'ici et le maintenant, pendant la séance et dans les heures qui suivent, nous observons que Suzanne se sent bien après chaque séance. Mes collègues, avec qui elle passe la journée, ont observé que depuis nos rencontres, elle est plus détendue dans le groupe. Suzanne participe aux échanges qui se font à l'intérieur du groupe. Les exercices cognitifs et/ou sportifs se font avec beaucoup moins d'appréhension quant à un éventuel échec.

Pour l'hypothèse de travail selon laquelle l'hypnose, notamment par les suggestions post-hypnotiques, peut remettre le patient atteint de démence de type Alzheimer en action, en augmentant son champ d'activités, notamment dans les actes de la vie quotidienne et la prise d'initiative, nous avons observé très nettement que Suzanne refaisait régulièrement à manger, qu'elle lavait son linge et l'étendait (chose que la fille gérait ces derniers mois), qu'elle allait parfois acheter le pain, se joignait à son mari pour faire les courses, elle avait repris et terminé sa tapisserie, qu'elle marchait régulièrement dans son quartier, seule ou accompagnée.

Pour l'hypothèse selon laquelle l'hypnose, par la métaphore du loisir ou d'une activité plaisir, peut lutter contre l'émoussement affectif en réimpliquant le patient dans sa vie émotionnelle,

et notamment une vie émotionnelle de bien-être, nous observons que Suzanne a vraiment réinvesti sa tapisserie avec une envie profonde de montrer ce qu'elle sait faire, en partageant ses sensations agréables, le plaisir qu'elle a trouvé à associer les couleurs, à les dégrader, les choisir. Elle éprouve une « grande satisfaction » d'avoir été jusqu'au bout et « ses couleurs me donnent de la joie... c'est pour ça qu'il faut que je remplace mes fleurs séchées avec ces magnifiques fleurs... ». Dans l'échelle LARS, elle dit être capable de ressentir les émotions positives et négatives, de pouvoir s'émouvoir pour de belles choses et apprécier les moments agréables. La famille témoigne dans ce sens. Suzanne, « d'un tempérament plutôt anxieux », n'a pas de difficultés à ressentir l'inquiétude pour elle et pour les siens. L'anesthésie émotionnelle était plutôt centrée sur les émotions positives. Suzanne se préoccupe de son mari, notamment de l'état de santé de son mari qu'elle dit « mal en point », elle se fait facilement du souci pour sa fille et son petit fils qui vit seul.

Pour l'hypothèse selon laquelle l'hypnose peut amener le patient à retrouver une curiosité intellectuelle, des centres d'intérêt, un intérêt retrouvé à la nouveauté, à la motivation et à la vie sociale, nous pouvons observer que Suzanne arrive à se lier dans le groupe, qu'elle participe volontiers maintenant au repas des aînés, à l'anniversaire de sa sœur, va voir ses voisines de quartier. « Je sens que ça me fait du bien de parler avec des gens mais c'est pas toujours facile... mon mari est sourd, alors on perd l'habitude de parler et petit à petit on ne se rend même plus compte qu'on ne discute plus, et puis on ne sait plus quoi dire à force ». En Hôpital de jour, elle participe à la vie du groupe, aide sa voisine si elle se trouve en difficulté, échange facilement avec les patients et les intervenants. Suzanne allait avant au club « les Abeilles », elle allait jouer aux dominos et prenait le goûter avec « ses copines »... Elle n'a pas repris cette activité, peut-être en fin de prise en charge en hôpital de jour. Elle a retrouvé de l'intérêt pour des activités de loisir telles que la tapisserie et le jardinage (surtout les fleurs). Des progrès restent à faire pour l'attrait à la nouveauté et les efforts à fournir quand elle se trouve en difficultés.

En luttant contre l'apathie et les composantes comportementale, émotionnelle et cognitive, l'hypnose peut remettre le sujet en route et lui permettre petit à petit de retrouver confiance en lui, en ses compétences.

Suzanne retrouve petit à petit sa vie, avec ce qu'elle avait l'habitude de gérer à domicile, les tâches qui lui incombent et éprouve une satisfaction à faire, d'autant que la famille semble avoir compris l'intérêt de la renforcer dans ce sens. Elle reprend des initiatives, des initiatives

pour elle et pour les autres. Elle renoue avec le plaisir et la joie d'être avec les autres. « Le petit oiseau accepte par moment de sortir de sa cage ».

L'utilisation de l'hypnose, chez Suzanne, est bien sûr validée. Par les métaphores et les suggestions post-hypnotiques, Suzanne a bénéficié pleinement de la prise en charge en hôpital de jour qui venait renforcer le travail fait pendant le processus hypnotique.

Sur le plan pratique

D'un point de vue pratique, nous décidons dans un premier temps de prendre en charge son sentiment de stress à chaque fois qu'elle vient en hôpital de jour, par l'installation d'un lieu secure, un lieu qui l'apaise... lieu dont elle ne se souviendra pas les séances d'après. Cependant la journée se passe plus sereinement et elle arrive la fois d'après sans mentionner d'anxiété particulière.

Il y avait également une curiosité de professionnel : les patients déments sous hypnose peuvent-ils percevoir un lieu secure eux qui sont en proie à une angoisse de « vidage » (A. Thomé, M. Perruchon, 1991) ? Il se trouve que malgré le fait que Suzanne n'ait pu se rappeler de ce lieu secure sans indiçage, elle a su pendant la séance bien sécurisée son lieu, avec des bordures, murets, grillages... même si cela fait référence à quelque chose de familier, il ne semble pas y avoir de faille dans le cadre de cet espace, pas de fissures pouvant laisser échapper les nouvelles informations.

Ce lieu secure était également un moyen de mettre en confiance Suzanne sur sa première expérience hypnotique et sur un ressenti de calme, de tranquillité.

Dans un deuxième temps, nous travaillons sur une activité plaisir en proposant une suggestion post-hypnotique de continuité, de prolongement de cette expérience. Suzanne adhère tout de suite aux suggestions et généralise l'expérience de cette activité plaisir à d'autres activités mais également à la rencontre de l'autre.

Dans un troisième temps, nous travaillons sur la métaphore utilisée par Suzanne pour expliquer son ressenti, celle de « la cage dorée ». Nous choisissons de laisser Suzanne spectateur de l'envol de cet oiseau, car chez les patients Alzheimer, l'image du corps est fragile, parfois animalisée et parfois difficile à penser (C. Montani, 1994). Nous laissons donc la possibilité à Suzanne de s'autoriser à être ou ne pas être cet animal, laissant la confusion

tranquillement s'installer entre elle et cet oiseau. Il semble d'ailleurs qu'à certains moments Suzanne soit cet oiseau (« tout se passe bien, tout le monde à l'air bien...ça fait du bien » ou « c'est bien d'être dans les airs... ») et puis elle s'en détache. Suzanne vibre au rythme des voltiges de cet oiseau, s'imprègne de son ressenti, cet oiseau est une réincarnation d'elle-même. Cette séance vient renforcer les progrès notés déjà antérieurement. Suzanne élargie son champs d'activités et reprend des initiatives.

Nous terminons notre prise en charge par un conte métaphorique, basé sur le magicien d'Oz. Ce conte avait pour objectif de poursuivre dans une transe profonde et de permettre à Suzanne d'accéder à ses propres ressources, ressources encore disponibles, qu'elle a en elle. Elle peut à présent les exploiter parce qu'elle en a fait l'expérience et parce qu'aujourd'hui sa famille est prête à porter un nouveau regard sur ce qu'elle est et sur qui elle est.

Discussion

La chute de Suzanne en juillet 2013 a été l'élément déclencheur de son repli sur soi, de sa perte de confiance. De la naissance à la mort, la chute est présente chez l'homme : à la naissance le bébé tombe du corps de sa mère ; enfant, la chute est un moment de son apprentissage ; adulte, elle porte à sourire ; vieillard, elle ne porte plus à rire. Le problème de la chute ne se réduit pas à sa partie visible mais c'est le point de départ pour constater son impact au niveau somatique, social et psychologique. C'est le cas de Suzanne, sa chute a entraîné une hospitalisation de deux mois, où en perte de repères elle s'est sentie défaillir, physiquement, psychiquement et intellectuellement. Cette chute a finalement révélé ce qui évoluait à bas bruit. C'est pendant son hospitalisation que ses troubles cognitifs ont été révélés, c'est également là qu'elle en a pris conscience, son conjoint aussi.

Cette chute fait écho avec rupture : rupture avec avant et rupture d'équilibre psychique. Suzanne n'a pas développé de phobie de la chute, elle a bien récupéré sur le plan physique en USSR et ne semble pas avoir d'appréhension quant à une éventuelle chute à venir. Par contre, le mari de Suzanne a perdu confiance en son épouse, il a tendance à la mater et tout faire à sa place, lui renvoyant ainsi, à son retour d'hospitalisation, un sentiment de ne « plus être à la hauteur ». Elle accepte cette position soumise, très économe pour elle. « A mon retour, il se dépêchait de manger pour ranger...j'avais l'impression de ne pas exister. Alors je lui ai dit, après il était au petit soin pour moi... j'avais plus rien à faire. ».

En nous inspirant des travaux de Marin, nous observons les trois ordres de symptômes que comprend l'apathie. L'élément premier étant la restriction des activités. Suzanne dit ne plus rien faire, se laissant porter par la prise en charge mise en place autour d'elle. Cette restriction est accompagnée de modifications cognitives sur l'intérêt que Suzanne porte pour ce qui l'entoure, pour ses relations à l'autre. Plus rien ne l'intéresse, tout est devenu fade...même sa personne est perçue sans valeur puisque « je ne sers plus à rien ». Cet engrenage a nécessairement un impact sur sa vie affective, notamment sur l'émoussement de ses émotions positives. L'inquiétude reste un ressenti présent, qui l'a « accompagné tout au long de sa vie ». Cet émoussement semble être, comme le pense Marin, une conséquence de l'inactivité et des pensées qui y sont associées.

Suzanne avait besoin de retrouver du plaisir à fonctionner et à réussir. Le fondement de sa prise en charge en Hôpital de jour est là. En lui permettant de reprendre contact avec elle-même, avec ce qu'elle peut faire et ce qu'elle aime faire, elle est sortie de son sentiment d'impuissance. Le mari de Suzanne a cru bon de la protéger de tout : d'une éventuelle autre chute, de ses échecs ou de ses erreurs. Il a tellement sécurisé le couple qu'il n'a pas vu les difficultés de Suzanne à exister dans cette « cage dorée ». En reprenant cette image métaphorique, Suzanne a fait l'expérience d'un sentiment de liberté extrême : terminés ses douleurs, ses troubles de l'équilibre, ses troubles de mémoire, sa désorientation...tout est possible. Comme cet oiseau, elle prend conscience que ses jambes la portent et qu'il y a encore de nombreux possibles en elle.

Puis, petit à petit, reprendre contact avec ce qu'elle sait faire suscite l'envie de reproduire à domicile, de retrouver des activités perdues telles que la tapisserie, le jardinage, la marche. En se remettant en route, elle renoue avec le plaisir de faire, le plaisir d'être avec les autres, de partager des choses et des moments de vie avec eux. Elle cherche même à faire plaisir en cuisinant des repas pour son petit-fils et son mari. L'affect positif réintroduit Suzanne dans des petites occasions d'échanges, relançant ainsi la relation d'objet. Il relance l'élaboration mentale, l'intérêt conatif.

Pour A. Thomé et M. Perruchon (1991), le sujet dément devient craintif, il redoute les émotions fortes, le changement et la création de nouveaux liens. Il éprouve le désir d'être entouré par des objets connus et familiers. Suzanne, au début de sa prise en charge, restait repliée sur elle-même, elle avait du mal à se lier et à rentrer en contact avec les autres. Elle

restait « enfermée dans sa maison à se reposer », anesthésiée de tout acte et toute volonté. Puis, petit à petit, elle a pu reprendre des activités connues, en lien avec les habitudes d'autrefois, a su réinvestir le noyau familial et les relations connues. Ses parcours de marche sont ceux déjà entrepris. Elle laisse peu de place à la nouveauté. Elle est inquiète pour les siens et ce qui peut arriver mais elle se laisse à présent porter par d'autres émotions, des émotions de plaisir et de partage.

Hypnose et Alzheimer

Suzanne a accepté volontiers l'hypnose comme outil de prise en charge, voyant plutôt dans un premier temps cela comme un mode de détente et de relaxation. Malgré la difficulté à rester attentive à ce qui est présenté, Suzanne a pu profiter pleinement de l'hypnose. Nous avons pu observer des signes de transe : relâchement musculaire, ralentissement de la respiration, des perceptions sensorielles... Pour faciliter les repères, il nous a semblé nécessaire à chaque séance d'utiliser la même induction, ce qui a permis à Suzanne de se réassurer sur ses capacités à se relâcher, d'ancrer chez elle une attitude à adopter.

Suzanne avait du mal à maintenir les yeux fermés pendant la séance, puis le long de la prise en charge elle finit par lâcher prise complètement et à rentrer plus profondément en transe.

On observe également que Suzanne, à chaque séance, s'est autorisée et a souhaité partager chaque détail, chaque instant de son voyage hypnotique. La verbalisation était nécessaire, témoin de sa transe et de son chemin intérieur, si bien que nous étions plus proches d'une hypnose conversationnelle. Le dire est essentiel, il est l'un des premiers mécanismes atteint dans la démence (« je dis des bêtises »). Suzanne décrit chaque chose perçue comme si sa pensée était davantage « une pensée figurative » (G. Le Goues, M. Perruchon, 1992) qu'une pensée réflexive. En s'appuyant sur les représentations de choses que présente Suzanne nous pouvons l'aider à faire du lien avec son corps, ses affects.

D'une semaine à l'autre, nous avons pu apprécier l'évolution du ressenti de Suzanne, sans réellement savoir si dans le fait cela correspondait à la réalité. Mais en fin de compte, ce qui nous semblait utile, c'était la manière dont Suzanne se sentait exister à travers cette expérience hypnotique, peu importe si la reproduction à domicile était réelle, arrangée. C'est seulement dans un second temps, quand elle a apporté sa tapisserie et par l'échange avec la famille que nous avons pu mesurer les progrès sur le plan écologique. Il semble que la prise

en charge en hôpital de jour combinée avec des séances d'hypnothérapie aient amélioré la qualité de vie de Suzanne aussi bien sur les activités de la vie quotidienne, la socialisation, la motivation.

Malgré les déficits cognitifs de Suzanne, cette expérience n'est que le témoin d'une pratique possible de l'hypnothérapie chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade léger. La vie psychique des patients Alzheimer ne peut pas être ignorée et elle doit être le centre de notre prise en charge.

Chez des patients présentant une atteinte cognitive légère, l'apathie altère la qualité de vie. Nous venons de voir qu'en travaillant directement sur ces symptômes par l'intermédiaire de l'hypnose nous remettons en marche le patient, lui permettant de retrouver une place de choix dans sa vie, en retrouvant des possibles et des réussites... nous améliorons son ressenti sur sa vie et les rapports qu'il entretient avec les siens. Ce travail nécessite une implication directe de la famille qui doit porter un autre regard sur son parent, acceptant de le laisser faire et de retrouver petit à petit une confiance en lui. En luttant contre l'apathie, nous avons espoir ralentir le plus longtemps possible le déclin cognitif et comportemental inéluctable de Suzanne et qu'elle prenne plaisir le plus longtemps possible à être sujet de son histoire.

Discussion éthique

Quelle que soit la prise en charge thérapeutique, se pose toujours la question de la demande. Le patient ayant une maladie d'Alzheimer réclame rarement une consultation auprès d'un psychothérapeute. La demande émane toujours, ou presque, de l'extérieur : famille, médecin, équipe paramédicale. Le premier travail se situe donc dans ce que le patient peut envisager comme changement. L'objectif premier est de faire émerger en lui une demande, une volonté de prise en charge. Comment avoir un consentement éclairé d'un patient qui n'a plus tout à fait ses capacités de raisonnement et de jugement ? Face à une famille hyperprotectrice, comment préserver la parole du sujet qui présente des troubles cognitifs ? Comment faire comprendre à une famille la souffrance non-exprimée, non-perçue d'un patient quant à la sensation d'étouffement de leur amour ?

Alors nous partons du fait qu'il s'agit finalement d'aborder l'autre avec l'intention authentique de le rencontrer, en venant étayer sa capacité à refaire du lien avec lui-même,

avec ce qui lui arrive. Nous faisons tout simplement le pari d'une vie psychique riche à explorer.

Par cette écoute, nous pouvons aider la famille à entendre ce qu'il reste du sujet, dans ce qu'il veut lui-même exploiter.

Nous avons présenté dès le départ le terme d' « hypnose » à Suzanne, nous appuyant sur les études d'A. Bioy (2005) qui pense que l'utilisation du terme « hypnose » participe à la qualité des résultats obtenus. Même si Suzanne n'a jamais employé le mot hypnose, elle a très largement exprimé « cette expérience à part ». Par l'hypnose, le patient nous emmène vraiment au plus près de son imaginaire, de son inconscient. Dans cette rencontre, nos psychismes se croisent, tissent l'affectivité qui va nous lier. Nos émotions s'échangent, se partagent, en même temps que se racontent des histoires. Cette toile qui se crée au fur et à mesure de nos rencontres permet un fabuleux travail de co-construction. Ce travail renforce l'alliance qui nous unit, une alliance thérapeutique où chacun donne un peu de soi. Cette alliance aura permis à Suzanne de lâcher prise et d'accepter au rythme des séances, au rythme de nos suggestions, de fermer plus volontiers les yeux jusqu'à les fermer complètement. La confiance s'est tranquillement installée. De plus, Suzanne a voulu communiquer, préciser ce qu'elle vivait, ressentait. Toute son attitude verbale et non-verbale nous a guidés dans son voyage imaginaire, nous rapprochant un peu plus de son vécu. Par la transe hypnotique, nous avons pu nous caler au rythme de Suzanne, respecter ses temps de pause, ses directions choisies et l'accompagner dans son « éprouvé ». Cette prise en charge est le reflet d'une authentique collaboration où l'objectif commun était de recentrer Suzanne au centre de sa vie.

Dans les thérapies cognitivo-comportementales, nous parlons davantage de rapport collaboratif où un contrat moral est signé entre le patient et le thérapeute afin de lutter contre la problématique. Bien sûr nous parlons d'empathie, de chaleur, d'authenticité dans la relation et l'alliance qui se crée. Mais quand nous sommes à côté du patient, dans le perceptif, dans le ressenti propre, dans la profondeur de ce qu'il est, il s'agit bien d'autre chose. Nous l'accompagnons dans son chemin si près, que ce qui se joue n'est pas du contrôlable. L'intuition, toute l'affectivité sont impliquées dans ces moments si singuliers.

Et puis il y a cette confrontation à la théorie. Avons-nous le droit de proposer une dépersonnalisation chez des patients qui sont déjà susceptibles de la faire. Des auteurs, tels que C. Montani (1994), ont montré que le sujet dément a tendance à se déshumaniser. La perte de raison entraîne le patient à une identification plus primitive. Dans le dessin du

Bonhomme, le dément va mettre des plumes, se mettre à quatre pattes... Devons-nous encourager le patient Alzheimer à s'identifier à ce qu'il perçoit déjà ou va peut-être percevoir de lui-même ? Nous avons préféré adopter une attitude d'observateur pour Suzanne et la laisser choisir ce qu'elle souhaitait s'approprier, la laisser avec son libre-arbitre dans cette expérience où tout est possible.

Conclusion

La maladie d'Alzheimer est à ce jour incurable. Malgré les progrès considérables qui ont été faits dans la prise en charge de ces patients, de nombreuses choses restent à faire et particulièrement la prise en charge des troubles du comportement. Elle atteint les patients au cœur de leur humanité.

Dans les prises en charge non-médicamenteuses, nous nous axons principalement sur les capacités conscientes, résiduelles afin de restaurer « du possible », « du faire » et « de l'être » chez le patient. C'est une maladie familiale, qu'il faut prendre en tant que telle. L'accompagnement du patient et de sa famille doit pouvoir se faire tout au long de la maladie car elle demande des réajustements permanents.

Nous avons vu que l'hypnose est un outil complémentaire de ces prises en charge existantes et qu'à un stade débutant elle peut aider les patients dans leur vie quotidienne et améliorer leur qualité de vie, ainsi que celle de l'aidant naturel. Chez les patients vivant à domicile, allant en hôpital de jour psychogériatrique combinant de thérapies spécifiques, notamment l'hypnose, réduit significativement l'apathie. Cette piste de travail pourrait être élargie à un plus grand nombre afin de valider scientifiquement l'utilisation de l'hypnose comme moyen thérapeutique pour lutter contre les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer. Nous pourrions également poursuivre la prise en charge et observer l'impact de l'hypnose dans une étude longitudinale. L'amélioration peut-elle durer sur le long court sans stimulation, sans renforcement ?

La prise en charge de l'apathie, considérée comme un facteur aggravant et précipitant le patient dans le déclin, semble indispensable. L'hypnose peut permettre d'accompagner les patients dans cette démarche. Bien sûr le cas de Suzanne est un cas singulier, sur lequel on ne peut tirer aucune généralité. Cependant c'est un bon point de départ pour développer et renforcer l'idée selon laquelle il est essentiel d'utiliser les capacités résiduelles conscientes...mais aussi inconscientes. La personne âgée a toute son histoire comme moteur de sa vie à venir. Il faut parcourir toutes ces richesses, toute cette expérience pour restaurer ce qui est encore possible. L'humain subsiste, il faut lui faire confiance...peu importe si cela entraîne des régressions. Nous pouvons aller en âge là où le sujet se situe. Certes le déclin intellectuel, physique, psychique est indéniable, on observe une séparation entre un appareil

psychique qui vit et un qui meurt. Cette vie mentale qui existe encore doit être exploitée afin « de redonner vie à nos patients ». Les erreurs, les incohérences, les fausses reconnaissances... tout ça n'a plus d'importance puisque le sujet doit faire avec ses ressources, ce qu'il est à l'instant présent. Il n'y a plus de maladie d'Alzheimer, de déficits, de troubles du comportement pendant la séance mais juste des émotions, des ressentis, des sensations. Il n'y a plus d'époux, d'enfants qui disent ou qui font ce qu'il faut faire mais juste le patient au cœur de ses envies, au centre de son histoire, acteur de sa vie.

Nous avons vu que le patient en début de maladie d'Alzheimer peut se construire, se réfugier, se protéger au moins le temps de la séance dans un lieu secure. Il pourrait être intéressant de voir aux différentes étapes de la maladie si le patient peut utiliser cette métaphore pour contenir ses angoisses. Cela pourrait être très utile en service fermé, là où les soignants sont très fréquemment confrontés à des angoisses archaïques très difficiles à contenir pour eux. Les limites entre soi et les autres, entre le dehors et le dedans sont fragilisées dans la pathologie démentielle (A. Thomé et M. Perruchon, 1991). Pour pallier cette atteinte du contenant psychique, le patient va faire appel à des enveloppes de suppléance, va chercher en la personne du soignant une matière soutenante, contenante. L'utilisation de l'hypnose et éventuellement de la métaphore du lieu de sécurité intérieur pourrait-elle aider le patient à apaiser son anxiété et laisser la place à autre chose ?

Avec ce nouvel outil, des portes viennent de s'ouvrir, à nous de saisir chaque moment de rencontre, chaque moment de partage et de partir avec le patient dans cet univers dans lequel tout reste à explorer.

Bibliographie

- Aguesse C. (2008). *Le géronto-psychologue et ses patients*. Revigny sur Ornain : doc éditions,
- Benoit M, Staccini P, Brocker P, Benhamidat T, Bertogliati C, Lechoswki L, Tortrat D, Robert PH et le groupe REAL.fr, Symptômes comportementaux et psychologies dans la maladie d'Alzheimer : résultats de l'étude REAL.fr. *La revue de médecine interne* 2003, numéro 24, p319-324 Elsevier
- Bioy A. Hypnose, psychothérapie et psychologie clinique, *Perspectives Psy*, EDK, Groupe EDP Sciences, 2005/5, vol.44, p 346-354
- Bioy A. (2007). *L'hypnose*, Paris : Dunod
- Bioy A, Wood C, Célestion-Lhopiteau I (2010). *L'aide-mémoire d'hypnose*, Paris : Dunod
- Bioy A. La relation inter-individuelle en hypnose clinique et sa dynamique thérapeutique. *Bulletin de psychologie* 2005/3 Numéro 477, p 391-393.
- Brouillet D, Syssau A (1997). *La maladie d'Alzheimer : Mémoire et vieillissement*, Que sais-je, Paris : Presses Universitaires de France,
- Burlaud A. Hypnose en gériatrie : outil thérapeutique supplémentaire, *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie* 2013, numéro 13, p 317-320
- Charazac PM. L'angoisse du vieillard dément. De la clinique à la théorie. *L'évolution Psychiatrique* 1985, 50, 3, p 707-14,
- Clément JP, Darthout N, Nubukpo P. (2006). *Guide de psychogériatrie*, Issy les Moulineaux : Masson
- Delage M, Lejeune A. (2009) *La résilience de la personne âgée : un concept novateur pour prendre en soin la dépendance et la maladie d'Alzheimer*, Paris : Solal Ed
- Derouesné C. Le concept d'apathie : intérêt et limites, *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement* mars 2014, ed John Libbey Eurotext, Vol. 2, n°1, p 19-28,

- Duff S, Nightingale D. Alternative approaches to supporting individual with dementia : enhancing quality of life through hypnosis. *Alzheimer Care Today* 2007, 8, p 321-331
- Fromage B. Groupe de relaxation avec des personnes âgées en institution. *L'esprit du temps, champ psy*, Cairn 2001, 24, p 131-44
- Gerritsen DL, Jongenelis K, Steverink N, et al. Down and drowsy ? Do apathetic nursing home residents experience low quality of life ? *Aging Ment Health* 2005, 9(2), p 135-41
- Godin J. (1995). *La nouvelle hypnose*, Paris : ed. Albin Michel
- Guillou M. Portrait d'hypnothérapeute : 5 questions posées à ... Hypnose et gérontologie. Article mis en ligne en février 2012 sur le site de l'IFH. Document consulté en 2014 de <http://www.hypnose.fr/articles-et-theses/hypnose-gerontologie-guillou/>
- Jorge R, Mizrahi J, Robinson RG. A prospective longitudinal study of apathy in Alzheimer's disease., *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, SE Starkstein 2006, 77(1) p 8-11
- Lacomblez L, Mathieux-Laurent F. (2003). *Les démences du sujet âgé*, Paris : John Libbey Eurotext
- Leger JM, Tessier JF. L'affectivité du dément : base de sa prise en charge. A propos du comportement de recherche du compagnon tardif ?. *Actualités psychiatriques* oct. 1987, n°8, p 70-75
- LeGoues G. La psycholyse, *Actualités Psychiatriques* 1987, n°8, p 76-81
- LeGoues G. (1991). *Le psychanalyste et le vieillard*, Vendôme : PUF
- Lemaire P, Bherer L. (2005). *Psychologie du vieillissement, une perspective cognitive*, Bruxelles : ed. De Boeck,
- Maisondieu J. De la démence à l'humain : est-ce possible ?, *La Revue Française de Psychiatrie et Psychologie médicale* sept 1998, n°20, p 9-11
- Maisondieu J. *La démence : un excès de (la) raison ?*, Thérapie familiale 1984, Genève, vol 5, n°1, p 39-52
- Marin RS. Apathy : a neuropsychiatric syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1991, 3(3), p 243-54

Martin P. Sémiologie générale de la maladie d'Alzheimer, *Psychologie médicale* 1988, 20, 13, p 1927-29

Montani C. (1994). *La maladia d'Alzheimer. Quand la psyché s'égaré*, Paris : L'Harmattan

Perron M. (2008). *Communiquer avec des personnes âgées – La « Clé des sens »*, 5^{ème} édition
Lyon : Chronique sociale

Perruchon M. Destins de la relation d'objet dans la démence, *Actualités Psychiatriques* oct 1987, n°8, p 58-61

Perruchon M, LeGoues G. Les processus de pensée dans la maladie d'Alzheimer. Approche Psychanalytique, *Bulletin de psychologie*, tome XLIV, n°398, p 11-14

Postec C. Apathie : point sur un syndrome psychogériatrique incontournable, *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie* 2013, 13, p 159-165

Robert PH , Darcourt G, Benoit M, Clairet S, Koulibaly P-M. L'apathie dans la maladie d'Alzheimer. Résultats de trois études françaises, *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement* juin 2004, ed John Libbey Eurotext, Vol. 2, numéro 2, p 87-92

Robert PH, Berr C, Volteau M, et al. *Apathy in patients with mild cognitive impairment and the risk of developing dementia of Alzheimer's disease : a one-year follow-up study*. *Clin Neurol Neurosurg* 2006, 108(8), p 733-6

Romano C. *Le phénomène de l'hypnose*, Editions Minuit – Critique 2004/12, n°691, p 965-978

Roustang F. (2003). *Qu'est-ce que l'hypnose ?*, Paris : éd. minuit

Roustang F. (2001). *Le thérapeute et son patient, entretiens avec Pierre Babin*, La Tour d'Aigues, , ed. de l'Aude

Talpin JM, Savignace L, Talpin-Jarrige O. Ethique et humanité dans la prise en charge des déments, *La Revue Française de Psychiatrie et de la Psychologie médicale* sept. 1998, n°20, p 12-14

Thomé A, Perruchon M. L'altération des enveloppes psychiques par le processus du vieillissement, *Psychiatrie Française* 1991, 2, p 115-127

Weber K, Meiler-Mititelu C, Herrmann FR, et al. Longitudinal assessment of psychotherapeutic day hospital treatment for neuropsychiatric symptoms in dementia. *Aging Ment Health* 2009, 13(1), p 92-8

Yapko, M., (1992). *Essentials of Hypnosis*. New-York: Brunner/Mazel.

OUTIL D'ÉVALUATION

Dépression
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

PROMOTION DE L'AMÉLIORATION
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
Dans le cadre du programme MobiQual

MobiQual

2

Échelle de dépression gériatrique GDS 15 items

Version française de la *Gériatric Depression Scale* de Yesavage

**Questionnaire de dépistage de la dépression
chez la personne âgée.**

Ce questionnaire peut être rempli directement par le patient ou être passé par un soignant (psychologue, médecin, infirmier).

Des propositions indiquent la probabilité de dépression si le sujet donne une réponse positive pour certains, et négative pour d'autres.

Chaque réponse à caractère dépressif reçoit un point.

Plus le score est élevé et plus la personne a des risques de présenter une dépression.

La GDS a pour intérêt majeur d'avoir été conçue et validée auprès de personnes âgées en prenant en compte l'écueil des troubles physiques (le biais qui consisterait à considérer certains troubles fonctionnels comme des signes dépressifs).

L'échelle de dépression gériatrique à 15 items est un excellent outil pour évaluer l'efficacité d'un traitement antidépresseur chez des sujets non détériorés sur le plan intellectuel. (Clément et al dans "Encéphale" en 1997).

ÉCHELLE DE DÉPRESSION GÉRIATRIQUE GDS 15 ITEMS

OUTIL D'ÉVALUATION

Annexe 1

...E DE DÉPRESSION GÉRIATRIQUE GDS 15 ITEMS

GDS 15 items

Nom du patient :	Prénom du patient :	
Date de naissance du patient :	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date du test :
Nom et status de l'accompagnant :		

Entourez la proposition qui correspond à votre état (en tenant compte des dernières semaines).

	Valeur des réponses	1	0
1 Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
2 Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
3 Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
4 Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
5 Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
6 Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
7 Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
8 Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
9 Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
10 Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
11 Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
12 Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
13 Avez-vous beaucoup d'énergie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
14 Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
15 Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

Calculez le score : /15

Résultats :

- Le score normal est inférieur à 5.
- À partir de 5 il y a un risque de dépression.
- Un total supérieur à 12 est en faveur d'une dépression sévère.

[Cette échelle est validée pour le dépistage systématique de la dépression mais n'est pas suffisante à elle seule pour établir un diagnostic.]

OUTIL
ÉVALUATION

● ● ● Annexe 2. LARSi – Interview avec l'aidant

Consignes d'administration

Comme la version destinée au patient, cette échelle se présente sous forme d'un ensemble de 33 questions réparties en 9 rubriques correspondant aux différentes manifestations cliniques de l'apathie.

Les questions doivent être posées selon la formulation proposée. Pour des raisons de validité, il n'est pas souhaitable de modifier la forme des questions ni d'ajouter des commentaires.

Avant de commencer à interroger l'aidant, la consigne suivante doit lui être donnée : *"Je vais vous poser un certain nombre de questions sur les habitudes de vie de votre conjoint (ou tout autre terme adapté à la relation entre l'aidant et le patient), il est important que vous y répondiez en tenant compte de son mode de vie actuel, en vous référant au dernier mois qui vient de s'écouler"*.

Au cours de l'évaluation, chaque fois que l'aidant fait référence à des situations ou événements anciens, il est indispensable de lui rappeler qu'il doit répondre en fonction de la situation actuelle. On peut alors lui dire : *"Essayez de me répondre en tenant compte de son mode de vie actuel, en vous référant au dernier mois qui vient de s'écouler"*

La cotation des réponses doit se faire en fonction du cadre précis proposé en dessous de chaque question.

Certaines questions peuvent être hors de propos pour le patient, dans ce cas, on optera pour la cote "0" en cochant la case NA (non applicable). Lorsque l'analyse du contenu de la réponse ne permet pas d'opter clairement pour la cotation "1" ou "-1", la cote "0" est applicable en cochant la case "réponse non classable".

A la fin de l'évaluation, on calcule le score total qui varie entre -36 et 36.

1. Activités de la vie quotidienne

- Pendant la journée, que fait votre conjoint (ou autre terme approprié à la relation entre le patient et l'aidant)? Racontez-moi une de ses journées.

--

<u>Nombre et variété des activités citées</u>	aucune	2
	quelques activités mais uniquement initiées par l'aidant	1
	quelques activités seul(e) mais les autres sont initiées par le conjoint	0
	la journée est bien remplie mais il s'agit d'une journée «type» et toutes les journées se déroulent selon le même schéma	-1
	la journée est bien remplie et la réponse montre qu'il existe une variété d'activités selon les jours de la semaine ou les moments de l'année	-2

-Y a-t-il des moments où il (elle) est complètement inactif(ve) ?

Oui, il (elle) reste la plupart du temps sans rien faire	2
Oui, il (elle) reste inactif(ve) en dehors de la toilette et des repas	1
Oui, il (elle) a plusieurs périodes d'inactivité dans la journée	0
Non, il (elle) n'a pas plus d'une période d'inactivité dans la journée	-1
Non, il(elle) ne reste jamais sans rien faire du tout	-2

2. Centres d'intérêt

- Qu'est-ce qui l'intéresse? Qu'est-ce qu'il (elle) aime bien faire pour s'occuper?

--

<u>Nombre d'activités citées</u>	Aucune ou une seule	1
	plusieurs	0
	Il (elle) regrette de devoir faire des choix	-1

- Combien de fois par semaine fait-il (elle) ...(*premier centre d'intérêt cité ci-dessus*)?

moins d'une fois/semaine	1
1 ou plusieurs fois/semaine	0
Il (elle) regrette de ne pouvoir y consacrer plus de temps	-1

- Est-ce que cela l'intéresse autant qu'avant ?

Non, cela ne l'intéresse plus du tout	2
Cela l'intéresse nettement moins qu'avant	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Cela l'intéresse presque autant qu'avant (légère réduction)	-1
Oui, cela l'intéresse autant, voire plus qu'avant	-2

Annexe 2 a

3. Prise d'initiatives

- En général, est-ce qu'il (elle) fait les choses de lui (elle)-même ou est-ce que vous devez le(la) forcer?

Oui, il faut le(la) pousser		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Non, il(elle) le fait de lui(elle)-même		-1

- Quand il(elle) doit aller à un rendez-vous, à une réunion ou une cérémonie, est-ce que vous devez lui dire d'aller se préparer?

Oui, il faut le lui dire		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Non, il(elle) le fait spontanément		-1

- Quand il(elle) a un rendez-vous à prendre (chez le médecin ou le dentiste), est-ce qu'il(elle) y pense de lui(elle)-même ou est-ce qu'il(elle) attend que vous vous en occupiez?

Oui, il(elle) attend que quelqu'un s'en occupe à sa place		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Non, il(elle) le fait par lui-même		-1

- Prend-il(elle) facilement part aux activités de la vie quotidienne ou devez-vous le lui demander?

Oui, il faut le lui demander		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Non, il(elle) le fait spontanément		-1

4. Intérêt pour la nouveauté

- Est-ce qu'il(elle) aime découvrir quelque chose de nouveau (une nouvelle émission de TV ou un nouveau livre) ?

Non, cela ne l'intéresse pas		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) est intéressé(e)		-1

- Est-ce qu'il(elle) aime essayer de nouveaux produits ou de nouveaux outils ou une recette de cuisine?

Non, cela ne l'intéresse pas		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) aime découvrir ce qu'il(elle) ne connaît pas		-1

- Est-ce qu'il(elle) aime aller dans un endroit où il(elle) n'est jamais allé(e) ?

Non, cela ne l'intéresse pas		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) aime découvrir un endroit qu'il(elle) ne connaît pas		-1

- Quand il(elle) sort en voiture ou quand il(elle) voyage en train ou autobus, est-ce qu'il(elle) prend plaisir à regarder le paysage, les maisons ?

Non, cela ne l'intéresse pas		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il s'intéresse à ce qui a changé		-1

5. Efforts volontaires - Motivation

- Quand il(elle) décide de faire quelque chose, est-ce qu'il(elle) fait facilement des efforts pour réussir ou est-ce que c'est difficile?

Non, c'est difficile pour lui(elle) de faire des efforts	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) fait des efforts	-1

- Quand il(elle) ne réussit pas à faire quelque chose, est-ce que il(elle) essaie d'autres solutions?

Non, il(elle) abandonne	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) essaie à nouveau	-1

- Quand il(elle) a décidé de faire quelque chose, est-ce que il(elle) continue jusqu'au bout ou est-ce qu'il lui arrive de laisser tomber, d'abandonner?

Non, il lui arrive d'abandonner (il(elle) est vite découragé(e))	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) va jusqu'au bout	-1

- Quand il(elle) ne trouve pas quelque chose (un papier ou un objet), est-ce que il(elle) le recherche?

si il(elle) ne le retrouve pas rapidement, il s'arrête de chercher très vite	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Il(elle) continue à chercher jusqu'à ce qu'il(elle) trouve	-1

6. Intensité des émotions

- Quand il(elle) regarde un film, est-ce qu'il(elle) est facilement ému(e), touché(e) ?

Non, il(elle) n'a pas d'émotion particulière	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) est facilement touché(e)	-1

- Quand on lui raconte une histoire drôle ou quand il(elle) voit des sketches comiques à la TV, est-ce que il(elle) rie facilement ?

Non, il(elle) n'a pas d'émotion particulière	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, cela l'amuse	-1

- Est-ce que l'annonce d'une bonne nouvelle lui fait plaisir ?

Non, il(elle) n'a pas d'émotion particulière	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, cela lui fait plaisir	-1

- Est-ce que l'annonce d'une mauvaise nouvelle le(la) rend triste ?

Non, il(elle) n'a pas d'émotion particulière	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) est triste, il(elle) se fait du souci	-1

Annexe 2 a

7. Inquiétude

- Quand il(elle) a un ennui (p.ex. une panne), est-ce que cela le(la) préoccupe?

Non		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) se fait facilement du souci		-1

- Quand quelque chose ne va pas, quand il y a un imprévu, est-ce que il(elle) pense à une solution?

Non, il(elle) laisse tomber		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) cherche des solutions		-1

- Quand vous-même ou vos enfants ont un petit souci (de santé p.ex.), est-ce que cela le(la) touche, est-ce qu'il(elle) y pense?

Non, cela ne le(la) touche pas trop		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) est inquiet(e)		-1

- Est-ce qu'il(elle) prend régulièrement des nouvelles de son entourage ?

Non, souvent il(elle) attend qu'on lui en donne		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) demande souvent des nouvelles (il(elle) téléphone etc.)		-1

8. Vie sociale et comportement social

- Est-ce qu'il(elle) a des amis?

Non, pas beaucoup ou je ne les vois plus		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui et cela compte pour moi		-1

- Quand il(elle) les rencontre, est-ce qu'il(elle) prend plaisir à passer du temps avec eux ou est-ce que c'est plutôt une obligation?

Non, c'est plutôt une contrainte		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) y prend plaisir		-1

- Dans la conversation, est-ce qu'il(elle) prend facilement la parole ou est-ce plutôt les autres qui lui parlent en premier?

Non, il(elle) ne parle que si quelqu'un lui adresse la parole en premier		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) prend facilement la parole		-1

- Lors d'une discussion, est-ce qu'il(elle) donne facilement son avis ou est-ce qu'il(elle) a tendance à se ranger derrière l'opinion des autres?

Non, il(elle) préfère se ranger derrière l'opinion des autres		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) donne facilement son opinion		-1

9. Capacité d'auto-critique

- Est-ce qu'il(elle) arrive à critiquer ses propres avis, à revenir sur ses opinions ou ses actions?

Non, il(elle) ne le fait pas		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) le fait parfois		-1

- Après avoir pris une décision, est-ce qu'il lui arrive de reconnaître que ce n'était pas le bon choix?

Non, il(elle) est satisfait de ses choix		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) regrette parfois certains choix		-1

- Quand il(elle) a été désagréable avec quelqu'un, est-ce qu'il(elle) manifeste des regrets?

Non, cela lui est égal		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) est déçu de lui(elle)-même		-1

- Dans une discussion, si à un moment il(elle) se rend compte qu'il(elle) a tort, est-ce qu'il(elle) est prêt à l'admettre?

Non, il(elle) ne pense pas avoir tort		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, il(elle) l'admet		-1

Score total	/36
-------------	-----

Sous-échelles		Scores
Activités de la vie quotidienne (Everyday productivity)	EP	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Centres d'intérêt (Interests)	INT	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Prise d'initiative (Taking the initiative)	INI	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Intérêt pour la nouveauté (Novelty seeking)	NS	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Efforts volontaires (Motivation - Voluntary actions)	M	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Intensité des émotions (Emotional responses)	ER	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Inquiétude (Concern)	C	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Vie Sociale (Social life)	SL	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Capacité d'autocritique (Self-awareness)	SA	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4

● ● ● Annexe 1. LARS – Interview avec le patient

Consignes d'administration

Cette échelle se présente sous forme d'un ensemble de 33 questions réparties en 9 rubriques correspondant aux différentes manifestations cliniques de l'apathie.

Les questions doivent être posées selon la formulation proposée. Pour des raisons de validité, il n'est pas souhaitable de modifier la forme des questions ni d'ajouter des commentaires.

Avant de commencer à interroger le patient, la consigne suivante doit lui être donnée :

"Je vais vous poser un certain nombre de questions sur vos habitudes de vie, il est important que vous y répondiez en tenant compte de votre mode de vie actuel, en vous référant au dernier mois qui vient de s'écouler".

Au cours de l'évaluation, chaque fois que le patient fait référence à des situations ou événements anciens, il est indispensable de lui rappeler qu'il doit répondre en fonction de la situation actuelle. On peut alors lui dire : *"Essayez de me répondre en tenant compte de votre mode de vie actuel, en vous référant au dernier mois qui vient de s'écouler"*

La cotation des réponses doit se faire en fonction du cadre précis proposé en dessous de chaque question.

Certaines questions peuvent être hors de propos pour le patient, dans ce cas, on optera pour la cote "0" en cochant la case NA (non applicable). Lorsque l'analyse du contenu de la réponse ne permet pas d'opter clairement pour la cotation "1" ou "-1", la cote "0" est applicable en cochant la case "réponse non classable".

A la fin de l'évaluation, on calcule le score total qui varie entre -36 et 36.

1. Activités de la vie quotidienne

- Pendant la journée, qu'est-ce que vous faites? Racontez-moi une de vos journées.

--

<u>Délai de réponse</u>	pas de réponse	2
	réponse après incitation	1
	réponse spontanée mais après un temps d'attente	0
	réponse immédiate, une activité sans hésiter	-1
	réponse immédiate, plusieurs activités sans hésiter	-2
<u>Nombre et variété des activités citées</u>	aucune	2
	une activité puis nécessité d'inciter pour obtenir la suite	1
	une ou plusieurs activités citées	0
	organisation détaillée d'une journée «type» et toutes les journées se déroulent selon le même schéma	-1
	organisation détaillée de la journée mais la réponse montre qu'il existe une variété d'activités selon les jours de la semaine ou les moments de l'année (p. ex. ménage, cinéma ou TV, jardin, visite amis etc.)	-2

2. Centres d'intérêt

- Qu'est-ce qui vous intéresse? Qu'est-ce que vous aimez bien faire pour vous occuper?

--

<u>Délai de réponse</u>	pas de réponse	2
	réponse après incitation	1
	réponse spontanée mais après un temps d'attente	0
	réponse immédiate, une activité sans hésiter	-1
	réponse immédiate, plusieurs activités sans hésiter	-2
<u>Nombre d'activités citées</u>	Aucune ou une seule	1
	plusieurs	0
	regret de devoir faire des choix	-1

- Combien de fois par semaine faites-vous ...(premier centre d'intérêt cité ci-dessus)?

moins d'une fois/semaine	1
1 ou plusieurs fois/semaine	0
regret de ne pouvoir y consacrer plus de temps	-1

Annexe 2 b

3. Prise d'initiatives

- En général, est-ce que vous faites les choses de vous-même ou est-ce qu'on doit un peu vous forcer?

Oui, il faut me pousser		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Non, je les fais par moi-même		-1

- Quand vous devez aller à un rendez-vous, à une réunion ou une cérémonie, est-ce qu'on doit vous dire d'aller vous préparer?

Oui, il faut me le dire		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Non, je le fais spontanément		-1

- Quand vous avez un rendez-vous à prendre (chez le médecin ou le dentiste), est-ce que vous y pensez de vous-même ou est-ce que vous attendez que quelqu'un s'en occupe?

Oui, j'attends que quelqu'un s'en occupe à ma place		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Non, je le fais par moi-même		-1

- Prenez-vous facilement part aux activités de la vie quotidienne ou faut-il vous le demander?

Oui, il faut me le demander		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Non, je le fais spontanément		-1

4. Intérêt pour la nouveauté

- Est-ce que vous aimez découvrir quelque chose de nouveau (une nouvelle émission de TV ou un nouveau livre)?

Non, cela ne m'intéresse pas		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, je suis intéressé		-1

- Est-ce que vous aimez essayer de nouveaux produits ou de nouveaux outils ou une recette de cuisine que vous ne connaissez pas?

Non, cela ne m'intéresse pas		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, j'aime découvrir ce que je ne connais pas		-1

- Est-ce que vous aimez aller dans un endroit où vous n'êtes jamais allé ?

Non, cela ne m'intéresse pas		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, j'aime découvrir un endroit que je ne connais pas		-1

- Quand vous sortez en voiture ou quand vous voyagez en train ou autobus, est-ce vous prenez plaisir à regarder le paysage, les maisons ?

Non, cela ne m'intéresse pas		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, je m'intéresse à ce qui a changé		-1

5. Efforts volontaires - Motivation

- Quand vous décidez de faire quelque chose, est-ce que vous faites facilement des efforts pour réussir ou est-ce que c'est difficile?

Non, c'est difficile pour moi de faire des efforts	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, je fais des efforts	-1

- Quand vous ne réussissez pas à faire quelque chose, est-ce que vous essayez d'autres solutions?

Non, j'abandonne	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, j'essaie à nouveau	-1

- Quand vous avez décidé de faire quelque chose, est-ce que vous continuez jusqu'au bout ou est-ce qu'il vous arrive de laisser tomber, d'abandonner?

Non, il m'arrive d'abandonner (je suis vite découragé)	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, je vais jusqu'au bout	-1

- Quand vous ne trouvez pas quelque chose (un papier ou un objet), est-ce que vous le recherchez?

si je ne le retrouve pas rapidement, je m'arrête de chercher très vite	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Je continue à chercher jusqu'à ce que je trouve	-1

6. Intensité des émotions

- Quand vous regardez un film, est-ce que vous êtes facilement ému, touché ?

Non, je n'ai pas d'émotion particulière	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, je suis facilement touché	-1

- Quand on vous raconte une histoire drôle ou quand vous voyez des sketches comiques à la TV, est-ce que vous riez facilement ?

Non, je n'ai pas d'émotion particulière	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, cela m'amuse	-1

- Est-ce que l'annonce d'une bonne nouvelle vous fait plaisir ?

Non, je n'ai pas d'émotion particulière	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, cela me fait plaisir	-1

- Est-ce que l'annonce d'une mauvaise nouvelle vous rend triste ?

Non, je n'ai pas d'émotion particulière	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, je suis triste, je me fais du souci	-1

Annexe 2 b

7. Inquiétude

- Quand vous avez un ennui (p.ex. une panne), est-ce que cela vous préoccupe?

Non		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, je me fais facilement du souci		-1

- Quand quelque chose ne va pas, quand vous avez un imprévu, est-ce que vous pensez à une solution?

Non, je laisse tomber		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, je cherche des solutions		-1

- Quand votre conjoint ou vos enfants ont un petit souci (de santé p.ex.), est-ce que cela vous touche, est-ce que vous y pensez?

Non, cela ne me touche pas trop		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, je suis inquiet		-1

- Est-ce que vous prenez régulièrement des nouvelles de votre entourage ?

Non, souvent j'attends qu'on m'en donne		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, je demande souvent des nouvelles (je téléphone etc.)		-1

8. Vie sociale et comportement social

- Est-ce que vous avez des amis?

Non, pas beaucoup ou je ne les vois plus		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui et cela compte pour moi		-1

- Quand vous les rencontrez, est-ce que vous prenez plaisir à passer du temps avec eux ou est-ce que c'est plutôt une obligation?

Non, c'est plutôt une contrainte		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, j'y prends plaisir		-1

- Dans la conversation, est-ce que vous prenez facilement la parole ou est-ce plutôt les autres qui vous parlent en premier?

Non, je ne parle que si quelqu'un m'adresse la parole en premier		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, je prends facilement la parole		-1

- Lors d'une discussion, est-ce que vous donnez facilement votre avis ou est-ce vous avez tendance à vous ranger derrière l'opinion des autres?

Non, je préfère me ranger derrière l'opinion des autres		1
N.A. <input type="checkbox"/>	Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, je donne facilement mon opinion		-1

9. Capacité d'auto-critique

- Quand vous avez terminé quelque chose, vous arrive-t-il de faire le bilan, de penser à ce qui va et à ce qui ne va pas?

Non, je n'y pense pas	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, je fais le bilan	-1

- Après avoir pris une décision, est-ce qu'il vous arrive de penser que vous avez fait un mauvais choix?

Non, je suis satisfait des choix que je fais	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, je regrette parfois certains choix	-1

- Quand vous avez été désagréable avec quelqu'un, est-ce qu'il vous arrive de le regretter?

Non, cela m'est égal	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, je suis déçu de moi-même	-1

- Dans une discussion, si à un moment vous vous rendez compte que vous avez tort, est-ce que vous êtes prêt à l'admettre, au moins pour vous-même?

Non, je ne pense pas avoir tort	1
N.A. <input type="checkbox"/> Réponse non classable <input type="checkbox"/>	0
Oui, je l'admets	-1

Sous-échelles		Scores
Activités de la vie quotidienne (Everyday productivity)	EP	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Centres d'intérêt (Interests)	INT	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Prise d'initiative (Taking the initiative)	INI	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Intérêt pour la nouveauté (Novelty seeking)	NS	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Efforts volontaires (Motivation - Voluntary actions)	M	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Intensité des émotions (Emotional responses)	ER	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Inquiétude (Concern)	C	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Vie Sociale (Social life)	SL	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Capacité d'autocritique (Self-awareness)	SA	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Score total		/36

Scores factoriels calculés à partir des scores partiels provenant des formules indiquées ci-dessous.

Facteur et formule de calcul		Scores
Curiosité intellectuelle (Intell, curiosity) (INT+NS+M+SL)/4	IC	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Implication émotionnelle (Emotion) (ER+C)/2	E	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Activité et prise d'initiative (Action initiation) (EP+INI)/2	AI	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4
Capacité d'autocritique (Self-awareness) (SA)	SA	-4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4

	Classification
[-36 ; -22]	Non apathique
[-21 ; -17]	Tendance à l'apathie
[-16 ; -10]	Apathie modérée
[-9 ; +36]	Apathie sévère

Annexe 3

Mini-Mental State Examination dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)

Orientation

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.

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 nous trouvons :

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
- (si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle région est situé ce département ?
10. À quel étage sommes-nous ici ?

Apprentissage

Je vais vous dire 3 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
12. Fleur
13. Porte

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

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 ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

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

19. Cigare
20. Fleur
21. Porte

Langage

22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet ?
23. Montrer votre montre. Quel est le nom de cet objet ?
24. Écoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et"
25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :
Prenez cette feuille de papier avec la main droite
26. Pliez-la en deux
27. Et jetez-la par terre
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

Annexe 3

- "Fermez les yeux"** et dire au sujet : *Faites ce qui est écrit*
29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.
Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe, et avoir un sens.

Praxies constructives

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
"Voulez-vous recopier ce dessin ?"

Compter 1 point pour chaque bonne réponse.

SCORE GLOBAL/30 (les seuils pathologiques dépendent du niveau socioculturel).

Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Au nom du groupe de recherche sur l'évaluation cognitive (GRECO). Le Mental-State Examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle. Presse Méd. 1999;28:1141-8.

Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitreneau J. Standardisation et étalonnage français du « Mini Mental State » (MMS) version GRECO. Rev Neuropsychol 2003 ;13(2) :209-36.

Résumé

Ce mémoire a pour objectif d'appréhender la maladie d'Alzheimer par une approche différente, l'hypnose.

Nous avons centré notre prise en charge sur un des troubles de la maladie d'Alzheimer, l'apathie, qui accélère le déclin cognitif et alourdit le « fardeau » de l'aidant. En luttant contre l'apathie et les composantes comportementale, émotionnelle et cognitive, l'hypnose peut remettre le sujet en route et lui permettre petit à petit de retrouver confiance en lui et en ses compétences.

A travers un cas clinique, nous proposons l'hypnose en complément d'une prise en charge multidisciplinaire en hôpital de jour. Pour cela nous avons utilisé l'induction qui propose au patient de focaliser son attention (bodyscan, appréhension des éléments de l'environnement), une activité-plaisir, une suggestion métaphorique, un conte et des suggestions post-hypnotiques.

Mots clés : Maladie d'Alzheimer – Déclin – Apathie – Composantes cognitive comportementale, émotionnelle – Hypnose – Induction – Suggestion
