

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>



UNIVERSITE DE BOURGOGNE
U.F.R. SCIENCES HUMAINES
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

M. LEICHNER RAPHAËL

**QUELLE PLACE POUR L'HYPNOSE AUPRES
DE LA PERSONNE AGEÉ ?**

Etayage d'un vécu dépressif par l'hypnose

Mémoire présenté dans le cadre du Diplôme Universitaire «Hypnothérapie»

Mémoire encadré par Madame Brigitte Lutz

Année 2014 / 2015

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION -----	P°5
CHAPITRE I : REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE -----	P°8
1.1 / L'appareil psychique du sujet âgé-----	P°8
1.1.1/ Le moi -----	P°9
1.1.2/ La conflictualité intrapsychique -----	P°10
1.1.3/ L'idéal du moi -----	P°11
1.2 / Spécificité psychologique du sujet âgé -----	P°12
1.2.1/ Le vécu des personnes âgées ayant un état anxieux-----	P°13
1.2.2/ Le vécu des personnes âgées ayant un vécu dépressif-----	P°16
1.2.3/ Les pathologies somatiques associées-----	P°17
1.3/ La dépression du sujet âgé-----	P°17
1.4/ La représentation sociale de l'hypnose-----	P°19
1.4.1/ L'hypnose contrôlée-----	P°20
1.4.2/ L'hypnose menaçante-----	P°21
1.4.3/ L'hypnose fantastique-----	P°22
1.4.4/ L'hypnose légitime en médecine-----	P°23
1.4.5/ L'hypnose révélatrice-----	P°23
1.4.6/ L'hypnose critérielle-----	P°24
1.5/ L'hypnose comme outil thérapeutique en gériatrie -----	P°25
1.5.1/ L'outil hypnose-----	P°25
1.5.2/ Hypnose et douleur-----	P°26
1.5.3/ Hypnose et soins palliatifs-----	P°27
1.5.4/ Hypnose et démences neurodégénératives-----	P°27
1.6/ Problématique-----	P°28
CHAPITRE II : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE -----	P°30
CHAPITRE III : RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES -----	P°36
CHAPITRE IV : DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE -----	P°55
CONCLUSION -----	P°64
BIBLIOGRAPHIE -----	P°65
RESUME ET MOTS-CLEFS -----	P°69

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier mon patient « anonyme », Monsieur R., d'avoir accepté de faire ce voyage en hypnose avec moi !

Merci à l'EHPAD Départemental du Creusot qui m'a permis de suivre cette formation.

Merci à Mme Brigitte LUTZ d'avoir accepté d'encadrer ce mémoire et de nous avoir transmis sa lecture de l'hypnose si intéressante.

Merci aux collègues du D.U. pour les belles rencontres et les échanges durant cette année.

Merci enfin aux différents intervenants de nous avoir transmis leur expertise, leur expérience et leur enthousiasme.

« Mon inappétence physique et intellectuelle est devenue telle que parfois je ne sais plus bien ce qui me maintient encore en vie, sinon l'habitude de vivre. Il me semble que je n'aurais, pour cesser d'être, qu'à m'abandonner. Je ne voudrais pas non plus me complaire. Hier, j'ai soudain senti que, somme toute, je pouvais encore me sentir heureux de vivre ».

ANDRÉ GIDE

Ainsi soit-il ou Les jeux sont faits¹.

« Chacun de nous quelque jour ou parfois durant de longues périodes a dû affronter la souffrance, celle provoquée par un accident, par une séparation, par un deuil, par une situation intolérable, par un déplacement contraint. Comment y avons-nous réagi ? Comment est-il possible d'y réagir pour le mieux ? C'est la première question que je voudrais poser. La deuxième concerne les effets de la souffrance : ce qu'elle est susceptible de nous apporter. Elle recèle un savoir indispensable à toute vie humaine digne de ce nom. C'est ce savoir qu'il faudra inventorier. En troisième lieu, puisque nous sommes thérapeutes, nous devons nous demander comment nous pouvons nous placer pour que ceux qui nous apportent leurs souffrances puissent sinon s'en défaire, au moins les transformer afin d'en tirer profit ».

« On entend dire que la pratique de l'hypnose conduirait à un anti-intellectualisme. Non seulement elle serait incapable de se donner une théorie, mais elle négligerait toute recherche du sens. Elle serait une pratique aveugle. Montrer comment cette opinion est vraie sera de faire voir en quoi elle est fausse ».

François ROUSTANG

Savoir attendre ó Pour que la vie change²

¹ **GIDE, A.** *Ainsi soit-il ou Les jeux sont faits* (1952), Gallimard, 2001.

² **ROUSTANG, F.** *Savoir attendre ó Pour que la vie change*, 2006, Odile Jacob.

INTRODUCTION

En tant que psychologue clinicien exerçant en EHPAD³, notre intervention est orientée en tout premier lieu en direction des résidents. Nous sommes bien entendu amenés à accueillir tout ce qui peut être mobilisé par l'environnement familial au regard du tiers institutionnel et devons accompagner les équipes pluridisciplinaires dans leurs rapports au sujet âgé. Le décor est planté ! Cependant, sur cette scène institutionnelle, la diversité posturale complexifie nécessairement notre intervention, tant les situations rencontrées sont singulières et différentes. Il s'agira donc, auprès du résident et de sa famille, de garantir la plus grande autonomie psychique possible dans le respect des choix et des attentes. Il conviendra alors de veiller à la préservation de l'ensemble des liens familiaux et affectifs de la personne âgée avec son environnement et favoriser le maintien des relations sociales. Il s'agira également auprès des équipes soignantes d'apporter un éclairage afin de donner du sens aux situations rencontrées.

Cependant, depuis quelques années, les profils cliniques des résidents en EHPAD ont évolué et se sont alourdis. Entre la médicalisation de ces établissements et les orientations des politiques publiques favorisant le maintien à domicile (souvent dans des conditions critiques), la grande dépendance, quelle soit physique mais aussi psychique, a considérablement influencé nos pratiques et nos modes d'intervention. Aujourd'hui, se côtoient dans ces établissements des sujets déments avec des troubles des fonctions supérieures, des personnes handicapées vieillissantes, des sujets en perte d'autonomie fonctionnelle et, bien souvent, avec des troubles psychiatriques et/ou du comportement. Le postulat ordinaire, et ce quelles que soient les déficiences rencontrées, est que la personne âgée réagit au vieillissement, selon différentes modalités en relation avec la crainte de la mort. Ainsi, le vieillissement peut être alors considéré comme un processus de décroissance au cours duquel le sujet âgé est soumis à un mouvement pulsionnel inverse à celui rencontré au cours de la jeunesse : une forme de désengagement. C'est alors que le sujet âgé dénoue d'anciens liens et se retire peu à peu des relations affectives qu'il fait avec son environnement et que les différents masques dépressifs font leur apparition.

³ Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.

C'est donc dans ces conditions et à partir de ce postulat que nous interrogeons notre pratique clinique depuis plusieurs années maintenant. Le soin psychique n'est pas chose aisée et encore moins au sein d'une pluralité si singulière. Quels outils psychothérapeutiques utiliser ? Quelles méthodes privilégier ? Quels fondements théoriques peuvent répondre à ces nombreuses situations ? Nous avons rapidement orienté notre posture clinique vers un positionnement intégratif, qui répond le mieux aux différentes situations rencontrées et qui, à notre sens, permet de créer la meilleure alliance thérapeutique qui soit avec le sujet âgé (et sa famille) ; permettant alors le déploiement d'un système de réponses psychothérapeutiques adaptées et des plus satisfaisantes pour le patient. L'enjeu, pour nous, se situe dans une perpétuelle adaptation visant à rechercher les moyens les plus ajustés aux problématiques rencontrées dans une position de psychothérapie intégrative. Moyens qui, naturellement, vont permettre de suivre un fil conducteur individualisé permettant, le cas échéant, d'atteindre un objectif thérapeutique.

Si nous restons convaincus de la pertinence d'une prise en charge psychothérapeutique individuelle, nous avons pu constater qu'elle était loin d'être la seule réponse que nous pouvons apporter. Parfois, elle n'est même pas forcément la réponse la plus pertinente. En effet, une attention sur l'intrapsychique, sur le fonctionnement de tel ou tel résident, avec ce que cela suppose d'alliance thérapeutique, peut être très facilement mis à mal par la réalité institutionnelle. Pour certains de nos patients, ce qui pourrait être amorcé dans le travail thérapeutique sera rapidement remis en cause par ces éléments de la réalité extérieure. Dès lors, devons-nous chercher à avoir un impact sur ces éléments de réalité ? Et si tel est le cas, pouvons-nous continuer en même temps d'assurer une fonction thérapeutique auprès des résidents ? A notre sens, ces deux types d'interventions sont conciliables dans certaines conditions si l'on reste vigilant par rapport à son cadre et au sens des missions que l'on occupe.

C'est donc dans ce cadre de réflexion que se former à l'hypnose nous est apparu comme une opportunité supplémentaire et innovante d'intégrer à notre pratique un nouvel outil. Et puisque la posture du clinicien en gériatrie est complètement muable et surtout influencée par chaque rencontre, par chaque sujet... les démarches psychothérapeutiques « traditionnelles » ne nous paraissent plus nécessairement des plus adaptées.

Toutefois, et même si nous ne sommes qu'aux balbutiements de la pratique de l'hypnose auprès de cette population âgée polymorphe, il nous apparaît, en tout premier lieu, d'une grande complexité d'obtenir l'adhésion du patient et tout autant difficile à proposer, à expliquer, à soutenir. Cela soulève bien entendu le questionnement clinique de la demande de soutien ? Mais également l'impact des représentations sociales parfois limitatives et fantasmées que mobilise le concept de l'hypnose ? A ce jour, il n'y a pas ou très peu d'études qui pensent le rapport du sujet âgé à l'hypnose. Aussi, nous proposons au sein de ce mémoire de questionner la place de l'hypnose auprès de la personne âgée ? Comment ce dispositif peut-il être adapté au mieux au sujet âgé ? Les déficiences sensorielles, cognitives, corporelles, conatives sont-elles des limites ? La temporalité du sujet âgé favorise-t-elle une bonne adhésion aux suggestions ?

Aussi, dans un premier chapitre nous présenterons une revue théorique des travaux faisant état de la singularité de l'appareil psychique du sujet âgé ainsi que de la question de la dépression, rencontrée si souvent en EHPAD. Nous aborderons ensuite les représentations sociales de l'hypnose. Et enfin son application en tant qu'outil thérapeutique en gériatrie.

Nous terminerons par une réflexion plus globale, non pas sur les façons d'introduire ou non une démarche hypnothérapique auprès du sujet âgé ; non pas sur les éventuelles limites de cet outil mais en partageant au travers d'un suivi clinique, notre éprouvé et celui d'un patient à qui nous avons proposé d'étayer son syndrome dépressif, et les symptômes associés, à travers l'hypnose. Aussi, nous terminerons en faisant état de notre expérience commune de cette pratique de l'hypnose, sur le versant du patient mais également du thérapeute, et finalement dans le but de questionner la place de l'hypnose auprès de la personne âgée.

CHAPITRE I

REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE

1.1/ L'APPAREIL PSYCHIQUE DU SUJET AGE⁴

Le fonctionnement psychique d'une personne âgée n'est pas fondamentalement différent de celui d'un adulte jeune. Les psychanalystes ont cependant pointé l'existence d'un besoin psychologique spécifique de certaines personnes âgées. Elles éprouvent le besoin de retrouver des souvenirs en apparence perdus, mais en fait mémorables. Ce besoin se cache derrière un mal-être, des signes ou des comportements apparemment dénués de sens. Pour satisfaire ce besoin il faudrait pouvoir les aider à effectuer un « travail de vieillir », terme introduit par Quinodoz⁵.

Ce travail de vieillir, basé sur la remémoration, est caractérisé :

- Par son indication d'autant plus importante que la personne âgée a une histoire de vie chargée de traumatismes : personnes rescapées des camps, personnes violées, personnes battues, personnes maltraitées ;
- Par son indication pour les personnes âgées qui ont le sentiment de ne pas avoir réussi leur avancée en âge. Quand l'angoisse de mort est présente, flottante et généralisée empêchant le sommeil, convertie dans le corps, déplacée avec apparition ou majoration de phobies ou de rituels obsessionnels, ou colmatée et masquée par des conduites vécues comme sources accessibles pour donner un sens à la vie, constituant deux sortes « d'assurance contre le non sens »⁶.

Vieillir est donc une expérience qui se situe dans la continuité de l'enfance, de l'adolescence et des années de maturation et qui fait que l'adulte maintenant âgé est potentiellement riche de tous ses âges passés, mais plus ou moins à leur écoute. L'expérience des années qui passent, l'épreuve du temps, se révèle une expérience d'apprentissage et d'édification, de maturation et de construction et on comprend combien l'idée de vieillissement ou d'usure de la structure psychique ne peut être pensée qu'en tenant compte de son histoire et de sa dynamique interne

⁴ VERDON B., « Bibliographie », *Le vieillissement psychique*, Paris, Presses Universitaires de France, «Que sais-je ?», 2013, 128 pages

⁵ QUINODOZ D. *Le travail de vieillir, L'information psychiatrique*, 1994, 319-32.

⁶ BIANCHI H. *Psychodynamique du vieillissement*, in : Léger J.-M., Clément J.-P. & Wertheimer J. (Eds.). *Psychiatrie du sujet âgé*, pp. 46-5, 1999, Paris, Flammarion.

aux prises avec la réalité et les objets externes, les efforts incessamment fournis pour maintenir un équilibre toujours précaire entre des exigences contradictoires, les ressources et les fragilités psychiques.

1.1.1/ LE MOI

Le vieillissement mobilise des processus qui mettent à l'épreuve la stabilité identificatoire et identitaire, du fait notamment des nombreux changements qu'il engage. Il y a là, pour l'instance psychique que est le Moi, un bouleversement majeur qui est alimenté tant par la force pulsionnelle constitutionnelle propre à chacun, parfois excessive et difficile à dompter par les modifications défavorables du Moi (dislocation, restriction) et acquises dans les luttes menées toute la vie durant contre l'angoisse pour garantir, tant bien que mal, plaisir et homéostasie psychiques.

Freud a montré combien l'unité du sujet n'était qu'apparente. L'appareil psychique complexe qui sous-tend ce que l'on appelle d'un mot l'identité se construit par opposition, identification et différenciation en plusieurs systèmes et instances qui sont en tension, voire en conflit. Vieillir va donc mettre cette capacité à l'épreuve, se révélant, bien plus qu'une seule affaire de perte, une affaire de réaménagements et de transformations susceptibles de mobiliser des capacités de création.

« *Le Moi est avant tout un Moi corporel* », soutient Freud⁷, soulignant les fondements de son organisation dans les premières expériences de soutien, de manipulation, de caresse, de nourrissage et de soins assurant avec plus ou moins d'efficacité une continuité et un tissage de liens entre les différentes parties du Moi, entre les diverses instances de l'appareil psychique, entre le sujet et l'objet. Mais vieillir place le corps au centre de l'épreuve de changements qui s'opèrent là au plan biologique certes, mais aussi au plan relationnel, et s'avère une source majeure d'excitation et de tension qui appelle un traitement de façon de plus en plus régulière et intense, sans réelle possibilité de retardement. Le Moi peut ainsi peiner à faire face à l'intense travail de liaison et d'élaboration qui s'impose à lui, et ne pas consentir à se laisser ainsi modifier.

L'une des questions majeures qui se posent alors est la façon dont le Moi peut procéder pour se protéger et parvenir, coûte que coûte, à réduire les tensions, voire à pouvoir à ouvrir, du fait

⁷ FREUD S., *Correspondance (1873-1939)*, Paris, Gallimard, 1979.

de ce qui fait enjeu, à renoncer en partie à l'illusion de son immortalité, à consentir à n'être plus intègre avant que de n'être plus. Le travail de deuil du Moi, non pas du fait d'expériences traumatiques extrêmes, mais de l'insidieuse et inéluctable traversée du vieillissement et de la vieillesse, oscille entre la capacité d'instaurer une limite protectrice qui permette au psychisme et à l'intersubjectif de continuer de fonctionner et le risque de s'attaquer lui-même, de s'anéantir et de plonger dans un état d'agonie psychique.

Une telle dynamique met assurément à l'épreuve la capacité d'échanges interne/externe ainsi que la capacité de protection sans que l'enveloppe psychique se révèle parce que trop poreuse, source de vécus d'effraction et d'empiètement, ou hermétique, minant la possibilité d'accueillir l'objet, de se laisser modifier par lui tout en continuant d'« empreinter » quelque peu le monde environnant, par la reconnaissance des proches, leur gratitude, leur intérêt, leur plaisir à être là.

Ainsi, le détachement ne peut être représenté que lié à une réappropriation, au sein d'un dédoublement du Moi : une partie est désinvestie dans un mouvement de renoncement narcissique tandis qu'une autre œuvre à métaboliser cela. Les écueils et les résistances que peut mobiliser une telle dynamique vont souvent de pair : le Moi s'abandonne comme il abandonne l'objet (syndrome de glissement) ou se surinvestit comme il surinvestit l'objet dans des polarités marquées du sadomasochisme (hypocondrie d'involution).

1.1.2/ LA CONFLICTUALITÉ INTRAPSYCHIQUE

En 1921, Ferenczi⁸ a soutenu que « *les gens âgés deviennent cyniques, méchants et avarés* ». Bien des années plus tard, Gérard Le Gouès soutient que « *l'être vieillissant est volontiers sage, moins par mérite que parce qu'il lui est désormais commode d'être sage en raison de la réduction de ses appétits. En effet, avec l'âge, le surmoi s'adoucit moins par vertu que par confort, parce que les tourments de la chair le laissent sensiblement en paix* »⁹. Bianchi¹⁰ justifie un tel point de vue en soulignant le poids de la réalité externe, l'échéance fatale qui minerait toute possibilité de justification d'un interdit relativisant la validité de toute règle : la mort transgresse tout ordre. La clinique de l'adulte âgé est donc diverse et déploie des tableaux contrastés qui impliquent de se garder des réductions généralisées. Il apparaît alors

⁸ FERENCZI S., « Pour comprendre les psychonévroses du retour d'âge » (1921), *Œuvres complètes. Psychanalyse III (1919-1926)*, Paris, Payot, 1974, p. 150-155.

⁹ LE GOUES G., *Le Psychanalyste et le Vieillard*, Paris, Puf, 1991.

¹⁰ BIANCHI H., « Travail du vieillir et travail du trépassé », *Psychanalyse à l'université*, 5, 20, 1980, p. 613-619.

comme important de ne pas conclure que la valeur structurante du conflit intrapsychique est pour autant abolie chez tous les adultes âgés.

1.1.3/ L'IDÉAL DU MOI

L'idéal du Moi est une instance psychique qui sert au Moi de référence pour s'évaluer et dont l'origine est essentiellement narcissique. Porteur d'idéaux personnels nourris des idéaux des figures parentales et des idéaux collectifs, il engage une dynamique visant à soutenir les identifications portées par une dimension idéale à propos d'objets auxquels le sujet souhaite ressembler du fait de leurs qualités, ainsi qu'à la réalisation effective de vœux, d'actes à poser¹¹ í

Proposant/imposant des façons d'être au Moi afin de satisfaire les exigences portées par le surmoi, l'idéal du Moi tolère un certain nombre d'illusions, de reports au lendemain, d'anticipations projetées dans un avenir plus ou moins long de l'accomplissement du projet. Mais avec le vieillissement et la perspective de la mort, la concession faite aux illusions et aux sursis s'estompe grandement, la radicalité de la finitude venant contrarier avec force toute possibilité de réalisation, voire toute prétention à satisfaire un quelconque vœu. Différer la satisfaction devient risque de frustration sans retour. Les représentations qui portaient le sujet ne sont plus, et lui-même peine à en produire des nouvelles ou à se reconnaître dans celles qui lui sont proposées/imposées par celles et ceux qui l'entourent, par la société dans laquelle il a vieilli, par l'environnement parfois fort restreint qui est dorénavant le sien. Il n'est pas rare alors d'observer un investissement idéalisé du passé, du chemin propre parcouru, de l'époque vécue et qui n'est plus. La difficulté d'agir aujourd'hui mobilise un contre-investissement défensif d'acier qui est parfois sous-tendu par le clivage entre des objets passés/perdus idéalisés et des objets présents dénoncés comme incessamment décevants, ce afin d'endiguer le risque d'une hémorragie narcissique. L'idéalisation alors mobilisée se révèle seule source de gratification et de renforcement du Moi, lequel est de fait peu enclin à consentir à son inachèvement.

Aussi, les pertes qui jalonnent toute traversée du vieillissement et de la vieillesse mettent particulièrement au travail la capacité de l'appareil psychique à traiter la problématique

¹¹ PERUCHON M., *Le Déclin de la vie psychique*, Paris, Dunod, 1994.

dépressive, laquelle ne doit pas être restreinte à sa dimension souffrante potentiellement pathologique, encore moins à l'improductivité et à la stérilité que d'aucuns lui reprochent parfois. Pouvoir se déprimer, sans verser pour autant dans l'injonction violente de « *devoir faire son deuil* », est d'une grande importance pour la vie psychique, pour sa structuration dans la relation à l'objet que l'on reconnaît différent de soi, susceptible de fait d'être perdu et faillible, pour l'introjection en soi d'un bon objet qui permet de supporter le manque.

1.2/ SPECIFICITE PSYCHOLOGIQUE DU SUJET AGE

Pour connaître les spécificités psychologiques des personnes très âgées, il faut les écouter. Pour cela il faut le vouloir, il ne faut pas avoir trop peur de sa propre avance en âge. Il faut aussi le pouvoir, c'est-à-dire avoir du temps. Enfin, la personne âgée est souvent malentendante et l'entretien peut être difficile¹².

On pourrait penser qu'il y aurait des spécificités psychologiques, liées à l'avance en âge, qu'il suffirait d'être très âgé pour perdre ses caractéristiques individuelles et acquérir un profil psychologique sénile. Cela poserait à la fois la question de la stabilité de la personnalité, et de la diversité des personnalités. En s'inspirant d'une formule de Messy¹³, et en y intégrant cette réflexion sur l'utilisation de l'hypnose ainsi que ces difficultés auprès de la personne âgée, nous allons adhérer à l'idée que « *la personne très âgée n'existe pas* ». Selon Sebag-Lanoë et al¹⁴, la condition psychologique des personnes âgées est très hétérogène. Il y a autant d'évolutions psychologiques, d'évolutions psychiatriques, autant de bonnes et de mauvaises surprises évolutives, qu'il y a de personnes.

Il y a par contre des événements de vie (maladie, décès, etc.) statistiquement plus fréquents chez les personnes très âgées. Sous la pression de ces événements de vie, ou du fait de la perception de la proximité de ceux-ci, la sécurité intérieure de la personne très âgée est menacée. Une ou plusieurs dimensions, un ou plusieurs axes vont s'amplifier, se révéler et

¹²MONFORT J. C., « Spécificités psychologiques des personnes très âgées », *Gérontologie et société* 3/2001 (n° 98), p. 159-187.

¹³MESSY J. *La personne âgée n'existe pas*. Bibliothèque, 1994, Payot.

¹⁴SEBAG-LANOË R., LEFEBVRE-CHAPIRO S., WETZEL-TARAVANT M.F. ET AL. *Accompagnement du malade âgé en fin de vie. Aspects psychorelationnels*, in : Léger J.-M., Clément J.-P. & Wertheimer J. (Eds.). *Psychiatrie du sujet âgé*, pp. 479-488, 1999, Paris, Flammarion.

interagir de manière complexe et aléatoire. Le résultat de ces interactions sera un état d'âme, une condition psychologique plus ou moins (dé)compensée.

1.2.1/ LE VÉCU DES PERSONNES ÂGÉES AYANT UN ÉTAT ANXIEUX

Trois types de plaintes peuvent être entendus :

➤ **Une plainte d'insomnie**

La plupart des personnes très âgées n'hésitent pas à se plaindre d'une insomnie. Cette plainte correspond le plus souvent à un sommeil normal à cet âge, fragmenté de manière physiologique. Il faut savoir saisir cette plainte pour engager la discussion sur les difficultés à vivre l'avance en âge. Peur de s'endormir pour ne plus jamais se réveiller ? La plainte d'insomnie peut correspondre à de véritables difficultés d'endormissement liées à un état anxieux. Lorsque l'insomnie comporte un réveil vers trois heures du matin, il faut savoir évoquer un état dépressif.

➤ **Des plaintes corporelles**

Les plaintes corporelles peuvent témoigner d'un investissement excessif du corps et peuvent être associées à un trouble du système nerveux végétatif devenu instable avec :

- Soit une prédominance du tonus sympathique et/ou une baisse du tonus parasympathique : tachycardie, palpitations, «pigeon dans le thorax », douleurs thoraciques, tension musculaire avec douleurs de types courbatures ou de douleurs de dos, céphalées de tension, boule dans la gorge, tremblements, sueurs, bouffées de chaleur, bouche sèche, constipation, difficultés pour uriner ;
- Soit une prédominance du tonus parasympathique et/ou une baisse du tonus sympathique : bradycardie avec lipothymie pouvant aller jusqu'à un malaise vagal avec perte de connaissance, dyspnée et oppressions thoraciques avec sensation d'étouffement, barre ou crampes à l'estomac, «papillons dans le ventre », pesanteurs abdominales avec éructations et envie de vomir, diarrhée, tension vésicale avec besoin fréquent d'uriner.

➤ Des plaintes concernant des ruminations anxieuses

Des thèmes sont plus fréquents chez les personnes âgées :

- **L'idée d'une perte d'autonomie**, du fait d'un cancer ou d'une maladie grave, peut survenir à tout instant. Le corps, notamment en institution médicalisée, est sans cesse examiné pour s'assurer que tout fonctionne bien.
- **L'idée d'une solitude imposée et de ne plus compter pour personne**. C'est la deuxième cause de peur des personnes âgées après la dépendance. Lorsqu'il s'y associe le sentiment d'abandon alors le vécu peut devenir une réelle souffrance.
- **L'idée de la mort prochaine et l'angoisse liée à l'approche du terme de la vie**. Certaines personnes âgées peuvent ne jamais parler de la mort, même lorsqu'elle en approche réellement. À l'opposé, elle peut être présente constamment, mais les personnes âgées vont rarement oser dire qu'elles sont obsédées par l'idée de la mort.

Ces blocages épisodiques peuvent devenir permanents, l'angoisse de mort peut conduire une personne très âgée à « s'anesthésier » et à « figer l'écoulement du temps ». Le prix de cette stratégie non consciente est le remplacement de l'angoisse de mort par l'ennui de la vie¹⁵. Certaines personnes âgées ont un vécu de nostalgie et de regret des personnes perdues avec parfois l'envie d'être aspirées pour les rejoindre, d'autres en constatant cette capacité à survivre aux autres ont un vécu de triomphe mégalomane, un fantasme d'infini, un déni de la mort.

- **L'idée d'une chute possible à tout instant**. Cette idée peut avoir des conséquences comportementales : regard fixé au sol, recherche permanente de la proximité d'un appui, refus des propositions de voyages, refus de sortir, parfois même refus de se lever de son fauteuil. Cette crainte survient souvent à la suite d'une chute avec station au sol prolongée pendant une partie de la nuit. La chute d'une personne âgée devrait être considérée comme une urgence psychologique.

¹⁵QUINODOZ D. *Psychothérapie et personnes âgées : le point de vue d'une psychanalyste*, in : Léger J.-M., Clément J.-P. & Wertheimer J. (Eds.). *Psychiatrie du sujet âgé*, pp. 407-422, 1999, Flammarion.

- **Des idées suicidaires**, l'idée d'un manque d'argent, des idées de ruine doivent faire évoquer un état dépressif¹⁶.
- **Des idées de violence**, de fureur, lorsqu'elles reviennent fréquemment peuvent faire évoquer aussi bien une dépression hostile qu'une maladie somatique : crise d'ivresse aiguë, crise d'hypoglycémie, crise d'épilepsie...
- **Des idées concernant la sexualité**. Les hommes très âgés, s'ils ne connaissent pas les modifications liées à l'âge¹⁷ avec en particulier une érection plus lente à s'établir et un orgasme moins fort, peuvent voir s'installer une anxiété de performance et la peur d'être impuissant. La recherche de partenaires plus jeunes peut aller dans le sens d'une réassurance ou au contraire augmenter cette anxiété. Il faut savoir écouter le réveil d'une fonction érotique.

Les manifestations observables de ces ruminations sont très variables :

- Ces ruminations peuvent être tues, gardées pudiquement dans un jardin secret. Tout se passe comme si certaines personnes anxieuses, très âgées, étaient honteuses de leurs ruminations.
- Ces ruminations peuvent être verbalisées avec réserve, avec retenue, d'une manière sibylline qu'il va falloir décoder : « *la solitude n'est pas jolie* ».
- Ces ruminations peuvent devenir permanentes, intrusives, obligeant la personne âgée à faire des efforts pour chasser ces pensées. Il s'agit alors d'idées obsédantes, d'un véritable trouble obsessionnel.
- Ces ruminations peuvent déclencher, ou être associées à, des angoisses somatiques importantes. Cet état de souffrance peut conduire la personne âgée à des appels incessants de jour comme de nuit. Le risque ici est la mort par suicide au cours d'un raptus anxieux.
- Ces ruminations peuvent être les symptômes d'un état dépressif. La tension anxieuse est parfois présente à un degré si fort que des personnes très âgées avancent l'idée que seule la mort pourrait les délivrer de cette souffrance. Ces ruminations peuvent être associées à un sentiment d'injustice avec une jalousie à l'égard de l'entourage qui ne souffre pas de ce mal-être anxieux.

¹⁶WAERN M., BESKOW J., RUNESONB. & SKOOG I. *Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide [letter]*, *Lancet*, 1999, 354, 917-8.

¹⁷MASTERS W.H. & JOHNSON V.E. *Les réactions sexuelles*, Paris, 1968, Robert Laffont.

1.2.2/ LE VÉCU DES PERSONNES ÂGÉES AYANT UN ÉTAT DÉPRESSIF

Le plus souvent **la douleur morale est masquée**. La difficulté à cet âge est de repérer le vécu dépressif parmi les plaintes usuelles du grand âge¹⁸. Plus le sujet est âgé, plus il est difficile de faire la part du normal et du pathologique. La dépression, méconnue trois fois sur quatre chez l'adulte, l'est encore plus chez le sujet âgé.

Les autres plaintes sont, à tort, attribuées à tout sauf à un épisode dépressif :

- Insomnie prise à tort pour le sommeil fragmenté du sujet âgé ;
- Manque d'appétit attribué à la prise des repas en solitaire ;
- Fatigue considérée comme normale pour l'âge ;
- Troubles de mémoire et de concentration banalisés, étiquetés « oublis bénins » ou attribués à un début de démence ;
- Plaintes somatiques sur un mode hypochondriaque attribué à l'âge et au caractère;
- Vécu de tristesse et de solitude imputé à l'isolement ;
- Irritabilité, voire hostilité et violence imputées à tort à une personnalité caractérielle.

Lorsque la dépression n'est pas reconnue, les trois risques sont :

- La **mort par suicide** (treize fois plus fréquent que chez l'adulte) ;
- L'installation d'un **syndrome de Diogène**. Il s'agit là d'un isolement complet du monde avec un état d'incurie basé sur une philosophie de vie caractérisée par la paranoïa et la misanthropie.
- Un « **syndrome de glissement** » qui pose la question de l'attitude psychologique que chacun peut avoir à l'égard de la vie et du passage de la vie à la mort. Tout se passe comme s'il existait un continuum allant du désir de vivre à la recherche active de la mort aboutissant à la mort par suicide.

Entre ces deux extrêmes se situent les conduites à risque, l'attente passive de la mort (qui peut durer des années), et le renoncement prématuré aux efforts qui permettent d'assurer la survie¹⁹.

¹⁸ MONFORT J.C., MANUS A. & PIETTEF. *Guide pratique de psychogériatrie*, 1993, Elsevier (Laboratoires Lily).

¹⁹ MONFORT J.C. *La crise suicidaire et le syndrome de glissement chez la personne âgée*, Paper presented at the Conférence de consensus : La crise suicidaire, 2000.

1.2.3/ LES PATHOLOGIES SOMATIQUES ASSOCIÉES

La fréquence des pathologies somatiques augmente avec l'avancée en âge. Plus nous avançons en âge, plus le risque de devenir malade augmente. L'apparition d'un vécu psychologique, ou d'un comportement inhabituel peut être liée notamment à une pathologie somatique sous-jacente.

Il est également important de considérer le déficit sensoriel qui est majoritairement orienté sur une diminution ou perte de la vue et/ou de l'audition. Un début de surdité et de cécité peut favoriser la survenue tant d'un état dépressif, que de pseudo hallucinations dues à la désafférentation sensorielle. La personne très âgée entend et voit des choses sans qu'il n'y ait rien à percevoir, mais reste consciente qu'il ne s'agit pas de la réalité.

1.3/ LA DEPRESSION DU SUJET AGE

Chez la personne âgée de plus de 65 ans, la prévalence de la dépression est d'environ 15 %. Cependant, dans les services de soins somatiques qui leur sont dédiés, les symptômes dépressifs sont présents jusqu'à 37 % des patients. Trente pour cent d'entre eux ont une dépression majeure. L'hypochondrie est fréquente, concernant 65 % des personnes âgées dépressives. Aujourd'hui, on peut estimer que 60 à 70 % des états dépressifs des personnes âgées sont négligés, méconnus ou mal traités, en particulier chez les personnes très âgées²⁰.

La dépression a une traduction clinique particulière avec l'âge. La tristesse n'est pas toujours apparente derrière les traits figés d'une personne âgée, la douleur morale est rarement exprimée. On note chez elle davantage de plaintes subjectives (sensation d'atteinte intellectuelle, impression de perte de mémoire) que d'anomalies cliniques objectives à l'évaluation neuropsychologique. Les troubles du sommeil sont fréquents et il n'est pas exclu qu'ils puissent être premiers dans le tableau. La persistance d'un trouble du sommeil de plus de deux semaines et une perturbation prolongée de l'architecture du sommeil avec réduction du sommeil paradoxal précipitent l'apparition d'une dépression²¹. La cause du mal-être est

²⁰ THOMAS P., HAZIF-THOMAS C., « Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée », *Gérontologie et société* 3/2008 (n° 126), p. 141-155.

²¹ NECKELMANN D., MYKLETUN A., DAHL A.A. Chronic insomnia as a risk factor for developing anxiety and depression. *Sleep*. 2007; 30(7): 873-80.

parfois attribuée à l'hostilité supposée de son environnement humain, d'où la tentation de le lui faire payer par de l'agressivité, ou de se taire au risque de somatiser. La forme clinique dépend du poids de l'environnement sur la psychologie de la personne âgée, de son type de personnalité, et des stratégies décisionnelles acquises au cours de sa vie. La dépression peut ainsi se colorer d'attitudes démotivantes ó versant conatif ó, agressives ó versant hostile ó, ou même prendre une allure bruyante au plan somatique ó versant masqué ó. La dépression de l'agé peut encore évoluer à l'abri d'une maladie organique, égarant souvent alors le diagnostic médical. La présentation somatique combine souvent une demande d'aide du malade et son paradoxal rejet, dans une attitude des plus ambivalentes, rejet qui peut parfois précipiter la régression si l'ambivalence n'est pas élaborée (régression à un stade pré-ambivalent).

La caractéristique particulière du vieillissement apparaît à Balier comme un problème d'économie narcissique. L'isolement affectif de l'individu et les transformations de son corps, les limitations imposées par l'environnement ne sont pas sans rappeler les problématiques d'une autre période de transition de la vie, l'adolescence, qui sont vécues comme une atteinte à l'intégrité du Soi. Le vieillissement est un lieu d'équilibre dynamique précaire fait d'investissement et de désinvestissement narcissique²². La dépression névrotique est marquée par la réactivation de la problématique d'opienne, en particulier lors d'une « perte d'objet ». La dépression, les manifestations délirantes, les symptômes névrotiques, prendraient leur origine dans une défaillance narcissique, dans la ré-émergence de conflits intrapsychiques antérieurement mal élaborés. L'entourage, s'il ne joue pas son rôle étayant au plan narcissique, précipite la montée de l'angoisse de la mort²³.

Toutefois, la dépression de la personne âgée est parfois intriquée à des problèmes organiques. Des difficultés exécutives sont ainsi fréquemment associées à la dépression de la personne âgée dénutrie accompagnant le ralentissement psychomoteur et l'atteinte de l'anticipation. Les pathologies somatiques chroniques, asthéniantes, handicapantes ou douloureuses retentissent avec le temps sur la thymie des personnes âgées. Les somatisations sont fréquentes chez elles, par carence d'écoute authentique, pour attirer inconsciemment l'attention de ceux qui

²² **BALIER C.** Les changements de l'économie libidinale au cours du vieillissement. *In sociale C, ed. Le temps et la vie, les dynamiques du vieillissement, de Jean Guillaumin et Hélène Reboul.* 1973.

²³ **SIMEONE I.** La réaction de catastrophe chez le vieillard dément. *Psychothérapie des démences.* 1998 : 124-6.

pourraient leur porter de l'intérêt, ou dans le versant psychosomatique, par l'incapacité à élaborer ses tensions intérieures.

Les raisons psychologiques de la survenue d'une dépression chez la personne âgée sont donc nombreuses. Il s'agit d'une pathologie invalidante et en aucun cas des stigmates d'un vieillissement normal. Les conséquences de facteurs sociaux comme la pauvreté des échanges affectifs, la solitude, le vécu du rejet, l'isolement ou la désafférentation se combinent à d'autres facteurs psychologiques pour expliquer la fréquence de la maladie avec le grand âge. La perte d'emprise sur l'environnement d'une personne âgée devenant dépendante est moralement douloureuse et finit par retentir sur l'estime de soi. Une estime de soi positive est nécessaire pour vivre de façon satisfaisante et s'adapter aux sollicitations affectives de la vie courante. Elle est encore nécessaire pour s'engager dans des actes qui permettent de se construire, de traverser les difficultés lorsqu'elles se présentent. La mésestime de soi favorise la désafférentation sociale et la dépression.

Les malades dépressifs ont tendance à s'isoler et à s'éloigner de ceux qui pourraient les aider. Pour les malades âgés ceci conduit à une perte rapide du réseau social, qu'il est plus difficile de réinvestir que chez les plus jeunes. La pauvreté relationnelle et le renoncement fait de démotivation, aux efforts de recherche de solutions pour sortir d'un isolement délétère, privent la personne de relations affectives et d'échanges gratifiants, remotivants d'où l'entrée inéluctable dans la dépression pour certaines d'entre elles. Elles précipitent la gravité symptomatique²⁴.

1.4/ LA REPRESENTATION SOCIALE DE L'HYPNOSE

L'hypnose est une pratique ancienne. Depuis le XVIII^e siècle, sa définition et sa pratique ont été en constants remaniements. Les bases actuelles datent du début du XX^e siècle, sous l'influence notamment de Milton Erickson²⁵. L'hypnose Ericksonienne est à la base aujourd'hui de l'hypnose médicale. L'hypnose a longtemps souffert d'une image de pratique

²⁴ **BURROUGHS H., LOVELL K., MORLEY M., BALDWIN R., BURNS A., CHEW-GRAHAM C.** « Justifiable depression »: how primary care professionals and patients view late-life depression ? A qualitative study. *Fam Pract.* 2006; 23(3): 369-77.

²⁵ **HALEY J.** Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson. Paris: Desclée de Brouwer; 2007.

occulte et controversée, mais sa légitimité médicale est aujourd'hui de plus en plus affirmée. Le rapport de l'imagerie fonctionnelle, en particulier la tomographie par émission de positons²⁶, a permis une meilleure compréhension des mécanismes physiologiques en jeu. Il n'existe pas de définition consensuelle de l'hypnose.

Les représentations sociales de l'hypnose sont nombreuses et peuvent être un frein, pour le patient mais aussi pour le thérapeute, au bon déroulement du processus thérapeutique qui est en jeu. Aussi, une recherche en 2012 a été réalisée portant sur les représentations sociales de l'hypnose en effectuant une revue systématique de la littérature sur ce sujet afin de faire émerger et d'explorer les différentes représentations face à l'hypnose²⁷.

Les représentations sociales du thérapeute et du patient peuvent être facilitantes mais constituent bien souvent un frein à l'utilisation de l'hypnose. Selon Michaux²⁸, « la représentation de l'hypnose joue ainsi un rôle central dans la détermination des attitudes du sujet et de l'hypnothérapeute par rapport à l'hypnose ». Ainsi, les auteurs de cette étude ont fait émerger six thèmes analytiques qui correspondent aux représentations de la population générale et des soignants face à l'hypnose. Ces thèmes définissent l'hypnose comme contrôlée, menaçante, révélatrice, fantastique, légitime en médecine et l'hypnotisabilité comme critérielle.

1.4.1/ L'HYPNOSE CONTRÔLÉE

Cette représentation prend une place importante dans l'interrogation des opinions sur l'hypnose. La maîtrise du patient sur la situation semble une notion clé dans l'interrogation des représentations sur l'hypnose. Pour expérimenter l'hypnose, le patient doit être collaborant²⁹. Cette idée induit qu'une personne ne peut être hypnotisée contre sa volonté. Le patient choisit s'il veut ou non adhérer au phénomène hypnotique. De plus, ce qui se passe dans une séance est parfaitement contrôlé par la personne hypnotisée. Elle peut sortir de l'hypnose quand elle le souhaite et ne perd jamais le contrôle. Cette réflexion, poussée au

²⁶ **RAINVILLE P.** *L'imagerie cérébrale fonctionnelle et la « neurophénoménologie » de l'hypnose.* In: Benhaiem JM, editor. *L'hypnose médicale.* Medline Ed: Paris; 2003. p. 51-61.

²⁷ **DESCLOUX F., GROSJEAN A.** *Les représentations sociales de l'hypnose : une réflexion sur son acceptation dans les soins.* Haute Ecole de Santé Vaud Filière Physiothérapie, Lausanne 2012.

²⁸ **MICHAUX M.** La représentation sociale de l'hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose. *Perspectives Psy*, 44(5), 341-345. 2005.

²⁹ **CAPAFONS A., MENDOZA M.E., ESPEJO B., GREEN J.P., LOPES-PIRES C., SELMA M.L., FLORES D., MORARIU M., CRISTEA I., DAVID D., PESTANA J. & CARVALLHO C.** (2008). Attitudes and beliefs about hypnosis : a multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, 25(3-4), 141-155.

maximum, peut amener à une vision de l'hypnose comme un phénomène dépendant entièrement des capacités du sujet et non de celles du thérapeute³⁰.

Le phénomène hypnotique est perçu comme contrôlé par la personne hypnotisée. Le patient garde en tout temps la maîtrise de la situation. Cette représentation est à mettre en lien avec la perception de l'hypnose comme une technique sûre, à caractère normal et naturel. Il est facile en effet de comprendre que quelqu'un qui jugera l'hypnose comme un phénomène normal pourrait relativiser le phénomène. Associer l'hypnose à un phénomène naturel permettrait de ne pas le mystifier. Cela permettrait aussi de rester dans le domaine du rationnel et d'acquiescer ainsi de la confiance. Un sentiment de sécurité peut être créé autour de la séance et l'hypnose deviendrait une technique sûre et sans danger. Le patient ne développerait pas de peur ou d'appréhension à l'utiliser car il saurait qu'il ne se mettrait pas en danger. Les sujets ayant des représentations positives à propos de l'hypnose seront plus ouverts à l'utiliser et auront une meilleure réponse à la suggestion hypnotique³¹. Une telle représentation va influencer l'adhésion du patient à la thérapie hypnotique. L'ouverture à un potentiel essai et la compliance thérapeutique seraient augmentées. Les pensées et les comportements positifs face à la thérapie seraient ainsi renforcés. La compliance du patient fait partie des éléments essentiels à apporter pour le bon déroulement de la séance.

1.4.2/ L'HYPNOSE MENAÇANTE

La peur de la perte de contrôle se manifeste en termes de contrôle de soi, de conscience de l'environnement ou du vécu et l'hypnose engendrerait une possibilité de perdre le contrôle sur soi-même. Plus en détails, les personnes hypnotisées pourraient faire ou dire des choses contre leur volonté, ressentir des effets sans avoir consciemment tenté de les faire apparaître ou ne pas réussir à résister aux suggestions amenées. La personne hypnotisée serait victime de ce qui se passe sous hypnose, sans aucun pouvoir décisionnel. Elle serait passive face à ce qui lui arrive. Encore, elle n'aurait plus le contrôle ni de son corps, ni de son environnement et ne pourrait pas se rappeler ce qu'il s'est passé pendant la séance.

Aussi cette représentation de l'hypnose définit le thérapeute comme tout-puissant. Le thérapeute aurait le pouvoir sur le patient car celui-ci, sous hypnose, est comme un robot

³⁰ GREEN J.P., PAGE R.A., RASEKHY R., JOHNSON L.K. & BERNHARDT S.E. (2006). Cultural views and attitudes about hypnosis: a survey of college students across four countries. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(3), 263-280.

³¹ BARLING N.R. & DE LUCCHI D.A.G. (2004). Knowledge, attitudes and beliefs about clinical hypnosis. *Australian Journal of clinical and experimental hypnosis*, 32(1), 36-52.

guidé par l'hypnotiseur, un automate à la merci de la personne qui hypnotise. Le thérapeute aurait ainsi le pouvoir total sur le patient et celui-ci deviendrait dépendant de l'hypnotiseur³².

Le patient risquerait de perdre le contrôle sur soi, soit à cause de la nature du phénomène, soit à cause du thérapeute. Il craindrait ainsi pour son intégrité. L'idée d'un thérapeute tout-puissant exigerait du patient un laisser-aller, un abandon de son libre arbitre au bénéfice d'un tiers. Le patient serait alors un être fragile et vulnérable, passif face à ce qui lui arrive et n'ayant aucune emprise sur la situation. Une telle opinion de l'hypnose ne lui permettrait pas d'être confiant face à ce qu'il se passe lors de la séance. Cette opinion stigmatiserait l'hypnose comme un phénomène dangereux. Le patient ne pourrait pas instinctivement se laisser aller dans une thérapie dirigée par un inconnu qui pourrait potentiellement lui faire du mal. Aussi, l'hypnose ne serait ainsi pas menaçante pour le patient mais pour la relation thérapeutique. Elle engendrerait une faible implication personnelle du sujet dans sa prise en charge, provoquerait un déséquilibre dans la relation et mettrait alors en échec le succès de la thérapie.

La compliance et l'implication du patient dans le phénomène hypnotique sont donc primordiales dans l'utilisation de l'hypnose à des fins thérapeutiques. Peu importe le point de vue de la représentation d'un thérapeute tout-puissant, elle engendrera toujours un déséquilibre dans la relation thérapeutique.

1.4.3/ L'HYPNOSE FANTASTIQUE

L'hypnose fantastique serait définie comme un phénomène ésotérique, magique. Elle pourrait alors engendrer des changements corporels et mentaux impossibles à obtenir de manière volontaire. L'hypnose pourrait alors devenir une thérapie miracle permettant de transformer des traits de l'être humain qu'il n'arriverait pas à modifier autrement. Une telle représentation a une implication variable sur l'acceptation de l'hypnose en pratique. Cette notion engendrerait un sentiment de peur ou de perte de contrôle. Elle considérerait que l'hypnose est un phénomène magique sur lequel on n'a aucun contrôle. À l'inverse, lui attribuer des propriétés magiques permettrait d'en faire une thérapie miracle pouvant soigner tous les maux. Penser qu'elle entre dans le domaine ésotérique trouve sans doute son origine dans son évolution historique.

³² DESAI G., CHATURVEDI S.K., RAMACHANDA S. (2011). Hypnotherapy: fact or fiction. A review in palliative care and opinions of health professionals. *Indian Journal of palliative care*, 17, 146-149.

Cette représentation peut parfois attribuer des caractéristiques particulières au thérapeute, qui aurait besoin d'être charismatique, unique ou bizarre pour hypnotiser les gens. Aussi, ce genre de représentation se retrouve directement en confrontation avec le monde médical. Celui-ci cherche et trouve des explications scientifiques à divers phénomènes. Penser que l'hypnose entre dans le domaine de la magie amène aussi à décrédibiliser sa place dans le milieu médical. On ne permet pas à l'hypnose d'entrer dans la palette d'outils communs et acceptés en médecine. On se retrouve avec des attentes irrationnelles face à l'hypnose. Largement appuyée par la littérature populaire, cette dernière promet par ce moyen la perte de poids ou l'arrêt du tabac... Ainsi, les professionnels de la santé et autres personnes sensibilisées à l'hypnose peuvent parfois adhérer à une représentation d'une hypnose surnaturelle.

1.4.4/ L'HYPNOSE LÉGITIME EN MÉDECINE

Cette représentation sur l'hypnose la définit comme un complément thérapeutique très utile pour augmenter l'efficacité des traitements. Elle aurait une certaine efficacité en médecine et permettrait de faciliter le succès thérapeutique notamment dans le cadre de prises en charge psychologiques.

De nombreuses études mentionnent l'utilité et les bénéfices que l'hypnose pourrait apporter lors de traitement pour des problèmes psychiques ou physiques³³. L'hypnose serait considérée comme une thérapie à part entière et aurait sa place dans la médecine moderne.

1.4.5/ L'HYPNOSE RÉVÉLATRICE

Une sorte de force externe empêcherait les gens sous hypnose de mentir. Même s'ils souhaiteraient ne pas dire la vérité, ils en sont obligés. De plus, l'hypnose aurait une faculté permettant de révéler des secrets.

On retrouve ici la notion d'une hypnose révélatrice d'une vérité non discutable. Les souvenirs mémorisés sous hypnose seraient toujours authentiques. Les auteurs interrogent cette croyance dans un cadre bien particulier, celui du milieu judiciaire. En effet, une des représentations ressorties est que les témoignages sous hypnose sont plus fiables que ceux effectués en situation standard³⁴. Selon la même étude, un jury devrait accorder plus de

³³ CAPAFONS A., MENDOZA M.E., ESPEJO B., GREEN J.P., LOPES-PIRES C., SELMA M.L., FLORES D., MORARIU M., CRISTEA I., DAVID D., PESTANA J. & CARVALLHO C. (2008). Attitudes and beliefs about hypnosis : a multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, 25(3-4), 141-155.

³⁴ CAPAFONS A., MENDOZA M.E., ESPEJO B., GREEN J.P., LOPES-PIRES C., SELMA M.L., FLORES D., MORARIU M., CRISTEA I., DAVID D., PESTANA J. & CARVALLHO C. (2008). Attitudes and beliefs about hypnosis : a multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, 25(3-4), 141-155.

confiance dans un témoignage sous hypnose et un témoin devrait également être plus confiant dans la fiabilité et la précision de son récit dans cette situation.

Finalement, l'hypnose serait une technique de choix pour retrouver la mémoire. Elle permettrait de se rappeler des souvenirs enfouis, voire même de se remémorer tout ce qui nous est arrivé.

1.4.6/ L'HYPNOTISABILITÉ CRITÉRIELLE

Une des représentations de l'hypnose est qu'il serait nécessaire de répondre à certains critères pour être hypnotisé. L'hypnose ne serait alors pas un mécanisme abordable par tout le monde mais demanderait des facultés particulières. Il est même noté parfois une connotation négative définissant les gens hypnotisés comme faibles d'esprit, voire naïfs, ignorants ou psychologiquement dépendants.

L'hypnose demanderait des capacités particulières et ne pourrait pas être expérimentée par tout le monde³⁵. Certaines représentations se basent sur une différence de genre évoquant que les femmes sont moins hypnotisables que les hommes. Des représentations se basent aussi sur des traits de personnalité particuliers tels que la créativité ou la force intérieure.

Nous pouvons ainsi constater que la notion de contrôle est la pierre angulaire des représentations face à l'hypnose. Il y a dans toutes les représentations une idée de prise ou de perte de contrôle, engendrant un déséquilibre dans la relation soignant-soigné. La notion de contrôle dans l'hypnose ferait ainsi partie des éléments constituant le noyau central de ces représentations. Comme une sorte d'instinct de survie, la personne ne pourrait pas s'abandonner à l'inconnu, craignant de perdre son identité.

A contrario, les personnes ayant des représentations positives face à l'hypnose réussiraient à tempérer leurs opinions avec des informations reçues, allégeant la notion de perte de contrôle en lien avec le phénomène hypnotique³⁶. L'avancée de la science et la validation de l'hypnose comme outil thérapeutique alimenteraient ce genre de mécanisme, permettant ainsi, petit à petit, de modifier les représentations face à l'hypnose.

³⁵ **DESAI G.**, CHATURVEDI S.K., RAMACHANDA S. (2011). Hypnotherapy: fact or fiction. A review in palliative care and opinions of health professionals. *Indian Journal of palliative care*, 17, 146-149.

³⁶ **THOMSON L.** (2003). A project to change the attitudes, beliefs and practices of health professionals concerning hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46, 31-41.

Ainsi, les représentations positives faciliteraient l'intérêt pour l'hypnose alors que les idées négatives amèneraient de la réticence face à ce phénomène. Dès lors, la question est de savoir comment il faut agir face à ces représentations. Michaux³⁷ propose cette analyse : « L'expérience montre même que pour la plupart des patients, cette représentation est surtout un obstacle et que, dans la plupart des cas, il est plus intéressant de reconnaître ces croyances et de savoir en situer l'origine et éventuellement de diminuer la pression que cette représentation exerce sur la personne plutôt que de la renforcer. Ce que nous évoquons pour le patient est tout à fait vrai pour le thérapeute lui-même ». Il est donc important pour le thérapeute d'être à l'écoute des représentations du patient pour établir une relation thérapeutique équilibrée.

1.5/ L'HYPNOSE COMME OUTIL THERAPEUTIQUE EN GERIATRIE

1.5.1/ L'OUTIL HYPNOSE

L'état hypnotique est un processus naturel, familier de tous. Dans un cadre thérapeutique, cet état ou « transe » est volontairement induit, permettant de passer d'un état de « veille restreinte » ordinaire à un état de « veille paradoxale »³⁸. C'est cet état de veille paradoxale, favorable à la mobilisation des ressources du patient, qui est recherché dans l'hypnose thérapeutique. Cet état n'est pas un état de sommeil. Schématiquement, après un entretien avec le patient, une séance d'hypnose se déroule en plusieurs phases³⁹. « L'induction » permet de quitter la perception ordinaire ou restreinte dédiée aux activités banales du quotidien par la fixation d'éléments proposés, accompagnée ou non de suggestions directes ou indirectes. Les techniques d'induction sont variées et sont différentes d'un patient à un autre en fonction de son propre registre sensoriel. Il est intéressant de noter qu'un état de relaxation n'est pas nécessaire, même si des suggestions de relaxation peuvent être parfois utilisées. La fixation va entraîner une confusion sensorielle et conduire à un état de « dissociation » de la perception. La capacité d'imagerie mentale et de créativité va s'amplifier jusqu'à la « veille paradoxale » au cours de laquelle plusieurs exercices peuvent être proposés (suggestions, métaphores...). Cette dernière phase permet alors un réaménagement sensoriel et sensitif, un cheminement et une flexibilité mentale propres au patient. La séance se termine sur un retour à la perception

³⁷ MICHAUX M. La représentation sociale de l'hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose. *Perspectives Psy*, 44(5), 341-345. 2005

³⁸ ROUSTANG F. Qu'est-ce que l'hypnose ? Paris: Les éditions de Minuit; 1994/2003.

³⁹ BENHAIEM JM. Les principes actuels de la thérapie par l'hypnose. L'hypnose aujourd'hui. Paris: Ed In Press; 2005. p.17-23.

ordinaire. Le but de la thérapie est d'entraîner, par des moyens simples, un changement en utilisant les capacités et les ressources du patient.

Le thérapeute est un accompagnant, le patient n'étant pas privé de son libre arbitre. Sur le plan de l'imagerie, les études⁴⁰ mettent en évidence, durant une séance d'hypnose, une augmentation du débit sanguin dans les zones corticales occipitales, frontales gauches ou droites, dans le cortex cingulaire antérieur droit et une diminution dans les cortex temporaux et pariétaux. L'activation cérébrale est alors bien distincte de la veille ou du sommeil.

La pratique de l'hypnose se développe à l'heure actuelle dans de nombreuses spécialités : anesthésie, obstétrique, pédiatrie et soins dentaires, oncologie, douleurs, brûlures, dermatologie, addictologie, soins palliatifs. La gériatrie nécessitant une prise en charge globale du patient et de son environnement peut bénéficier des apports de ce nouvel outil thérapeutique, non médicamenteux.

1.5.2/ HYPNOSE ET DOULEUR

Les études cliniques sont difficiles à réaliser, la définition de l'état hypnotique et les pratiques étant disparates. Pour le Dr Benhaïem⁴¹, « *l'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques permettant à l'individu de mieux supporter, d'atténuer, voire de supprimer une pathologie douloureuse aiguë ou chronique* ». Malgré les divergences d'écoles, les champs d'application en analgésie sont larges et reconnus, la pratique de l'hypnose offrant un outil supplémentaire dans la prise en charge de la douleur aiguë ou chronique. Les composantes émotionnelles et sensorielles sont ainsi modifiées ensemble ou distinctement⁴². Le travail est centré sur le ressenti et non l'analyse ou la recherche d'une explication ou d'une origine. L'hypnose propose la recherche de solutions pour atténuer les symptômes et la création d'un mouvement pour éviter la fixation de l'attention sur la douleur. Dans le cas de la douleur chronique, l'hypnose, dans un cadre pluridisciplinaire, permet de prendre en charge la douleur elle-même ainsi que les conséquences de celle-ci : anxiété, insomnie, dépression. Le travail proposé peut alors être répété en autohypnose par le patient lui-même. L'hypnose dans le cadre de réalisation de procédures douloureuses permet de diminuer l'anxiété, l'appréhension et la douleur, avec de

⁴⁰FAYMONVILLE ME, BOLY M, LAUREYS S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiol* 2006;99:463-9.

⁴¹BENHAIEM JM. Les caractéristiques et le champ d'application de l'hypnose en analgésie. *Douleurs* 2002;3:16-25.

⁴²RAINVILLE P, CARRIER B, HOFBAUER RK, et al. Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain* 1999; 82 : 159-71.

moindres doses d'analgésiques et d'anxiolytiques et des durées d'intervention diminuées⁴³. Cette méthode peut être également utilisée chez des patients atteints de démence⁴⁴. La réalisation de pansements peut en bénéficier.

1.5.3/ HYPNOSE ET SOINS PALLIATIFS

Une prise en charge globale des patients âgés est une nécessité et cela est encore plus marqué dans le cadre de la fin de vie. Le champ des symptômes accessibles à l'hypnose est vaste : douleur, souffrance, nausées, vomissements, dyspnée, insomnie, anxiété. La prise en charge de ces symptômes permet une amélioration du confort physique et psychique des patients en fin de vie. Au-delà des symptômes, l'hypnose est une « *expérience existentielle*⁴⁵ » permettant de reprendre contact avec l'intégralité de son corps, de ses sensations et de ses émotions. La durée et le déroulement des séances en soins palliatifs gériatriques ou non doivent être adaptés à la situation et aux symptômes⁴⁶. Des exercices simples sont proposés afin de permettre leur utilisation par le patient en autohypnose. Les symptômes les plus améliorés semblent être la dyspnée, l'anxiété, la douleur et l'acceptation de fin de vie proche.

1.5.4/ HYPNOSE ET DÉMENCES NEURODÉGÉNÉRATIVES

La pratique de l'hypnose chez des patients atteints de pathologies neurodégénératives est très peu étudiée. Une étude de Liverpool publiée en 2007⁴⁷ réalisée sur un petit nombre de patients suggère que des séances hebdomadaires d'hypnose amélioreraient la qualité de vie des personnes atteintes de démence, même si la notion de qualité de vie est difficile à définir. En réduisant l'anxiété et la dépression, les séances d'hypnose ont permis une meilleure disponibilité des ressources des patients.

La pratique de l'hypnose montre à l'heure actuelle des bénéfices dans de nombreuses spécialités. La place de l'hypnose apparaît légitime dans la prise en charge quotidienne des malades âgés, d'autant plus dans le cadre des politiques actuelles de prise en charge « non médicamenteuses » des troubles du comportement et de la valorisation de la qualité de vie,

⁴³ LANG EV, BANOTSCH EG, FICK LJ, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet* 2000;355:1486-90.

⁴⁴ SIMON EP, CANONICO MM. Use of hypnosis in controlling lumbar puncture distress in an adult needle-phobic dementia patient. *Int J Clin Exp Hypn* 2001;49:56-67.

⁴⁵ BIOY A. Quelle pratique de l'hypnose pour les soins palliatifs ? *Med Pal* 2006; 5: 328-32.

⁴⁶ BECCHIO J, JOUSSELIN C. Nouvelle hypnose psychodynamique. Paris: Ed Desclée de Brouwer/La méridienne; 2009.

⁴⁷ DUFF S, NIGHTINGALE D. Alternative approaches to supporting individuals with dementia: enhancing quality of life through hypnosis. *Alzheimer Care Today* 2007; 8:321-31.

même si cette dernière est d'évaluation complexe. La prise en charge de l'anxiété, de la dépression, des troubles du comportement, des symptômes douloureux, ou la réalisation de soins anxiogènes ou douloureux peut bénéficier légitimement de l'hypnose. Dans le cadre des atteintes neurodégénératives, la pratique devrait être adaptée en fonction de chacun et permettrait un accompagnement supplémentaire des aidants. Si les troubles attentionnels évolués sont une difficulté à une induction « classique », la vie psychique de ces patients ne peut pas être ignorée. Et l'évolution du praticien n'en sera que meilleure.

1.6/ PROBLEMATIQUE

Comme nous l'avons développé dans les parties précédentes, l'intervention du psychologue auprès de la personne âgée demande de développer plus que jamais, à notre sens, une approche intégrative tant les profils et les situations sont singulières. Les troubles psychiatriques, névrotiques ou à certains moments psychotiques, sont de plus en plus envahissants et la plupart des résidents finissent par développer tôt ou tard des difficultés d'adaptation à leur environnement mais aussi à leur propre personne, du fait des dégradations physiques et de cet espace/temps qui tend dangereusement à se comprimer.

L'intervention du psychologue en EHPAD est donc nécessairement dirigée par ces états de fait qui nous demandent une adaptation à l'autre permanente. C'est dans ce contexte précis que nous avons envisagé de développer notre approche psychothérapeutique via l'hypnose, nous semblant être un fabuleux outil pour étayer les différentes problématiques rencontrées.

Toutefois, et dès les débuts de notre pratique avec cet outil, nous avons été confrontés à un principe de réalité à travers de nombreux refus de la part de nos patients ou bien, quand ils acceptaient, des réactions et des comportements pouvant être déstabilisants dans notre posture d'hypnothérapeute. Il nous semblait important de souligner que la clinique auprès du sujet âgé est aussi complexe au regard, notamment, des déficits sensoriels nombreux qui viennent limiter « techniquement » l'application *stricto sensu* de la « méthode » enseignée durant ces quelques mois de formation. Ce travail étant avant tout une réflexion sur notre pratique professionnelle, nous avons donc décidé de questionner la place de l'hypnose auprès de cette population âgée. Mais il ne s'agit pas ici de critiquer l'hypnose au sens d'y porter un jugement mais davantage de nous permettre de nous questionner, de poser une réflexion sur son application – mais aussi sur nos réactions en tant que jeune praticien hypnothérapeute dans un souci d'amélioration et d'harmonisation de notre pratique.

C'est pour cela que nous avons décidé d'illustrer ces éléments à travers le suivi d'un patient avec qui nous avons partagé ce voyage en hypnose, car il s'agit bien là, à notre sens, d'un réel voyage, d'une sorte de danse à deux. Aussi, cet outil est-il adapté pour étayer le vécu dépressif chez l'âgé ? (quel lien entre hypnose et rapport au corps ?) Peut-on adopter une posture moins « conformiste » techniquement parlant afin d'établir une alliance thérapeutique la plus juste ? (l'hypnose favorise-t-elle l'alliance thérapeutique ?). Le sujet âgé réagit-il à nos inductions ? (la dissociation naturelle chez l'âgé est-elle liée à une temporalité particulière ?) Autant de questionnements qui ne feront pas l'objet de réponses au sens strict du terme dans le travail présent mais davantage un exposé de nos ressentis au travers des différents éléments que ce patient va nous apporter et nous faire éprouver au cours de ces séances.

Les études montrent que la population âgée est particulièrement apte à la dissociation de manière spontanée car elle sait que demain représente l'espace des pertes potentielles voire de la perte de soi. Alors, se retourner vers les espaces de vie appartenant au passé semble plus rassurant que le futur, mais aussi plus confortable que le présent. Il s'agit donc là d'une source importante dans laquelle puiser.

Ainsi, nous faisons l'hypothèse que l'hypnose permet au sujet âgé de puiser des éléments de ressources et de changement dans son imaginaire (étayés par les expériences passées) afin de les mobiliser et de les intégrer dans le réel, lui permettant ainsi de dépasser symptôme et réalité du symptôme.

CHAPITRE II :

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

2.1/ LE CADRE INSTITUTIONNEL

L'EHPAD du Creusot, est un établissement Public Départemental d'une capacité de 353 places. Il se compose de 4 résidences réparties sur 4 sites : les résidences Demi-Lune, Canada, Saint-Henri et Les Reflets d'argent. La résidence « Les Reflets d'Argent » a la spécificité de disposer en son sein de deux unités Alzheimer de 24 lits ainsi que d'une unité destinée aux personnes handicapées vieillissantes de 28 lits. Deux structures d'accueil de jour complètent l'offre de soins, en étant destinées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés afin de proposer une réponse spécifique aux besoins et attentes des personnes âgées : le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés « Horizon », que nous coordonnons et qui peut accueillir chaque jour, un groupe de 12 résidents de l'EHPAD ; et l'Accueil de Jour Thérapeutique « HARPE » qui est, quant à elle, destinée aux personnes vivant à domicile.

La population accueillie est très diverse au regard de la taille de l'établissement. Les quatre résidences sont architecturalement différentes et accueillent les résidents en fonction de leur profil. Ces profils sont disparates et classiques en EHPAD : des résidents présentant des pathologies neurodégénératives de type Alzheimer ou apparentées, des résidents présentant des pathologies psychiatriques, des résidents en grande dépendance physique, des résidents présentant un handicap. Parfois, tout cela en même temps !

Comme nous l'évoquons en introduction, la pratique de l'hypnose auprès de cette population âgée soulève de nombreux questionnements. Le propos de cette nouvelle fois ne porte pas sur les façons d'introduire ou non une démarche hypnotique auprès du sujet âgé, encore moins sur les éventuelles limites de cet outil mais en proposant de faire-part de notre expérience de la pratique de l'hypnose, que ce soit sur le versant du patient mais également du thérapeute, en questionnant sa place auprès de la personne âgée.

Nous avons à l'origine pensé à présenter plusieurs vignettes cliniques relatant notre expérimentation de l'hypnose auprès de profils cliniques différents. Après coup, il ne nous semble pas nécessaire d'effectuer un comparatif au regard de l'efficacité de cet outil auprès de différents patients. La pratique de l'hypnose n'est pas chose aisée. Nous essayons des refus

mais ce ne sont jamais des échecs. Nous apprenons à modifier la façon de l'introduire toujours dans le respect de chacun. Nous avons voulu également faire part de notre ressenti, de l'adaptation, critiquable ou non, que nous avons proposé. En veillant à présenter à chaque étape notre analyse et notre ressenti. Mais aussi comment le patient est acteur de ce qui se joue sous hypnose et de ce qu'il renvoie au thérapeute.

Aussi, il nous a paru plus adapté, dans une lecture plus professionnalisante, de présenter le suivi d'un patient, ne présentant pas nécessairement de handicap moteur comme cela est souvent le cas en EHPAD mais un patient simplement âgé, pour qui l'institution a sonné comme le glas et faisant écho à la fin d'une vie riche et active. Nous avons choisi de présenter notre travail via l'hypnose avec ce patient car finalement ce n'était pas gagné d'avance. Et c'est bien ce contraste entre cet homme, ancien agriculteur, « terre à terre » et l'accompagnement psychologique et cet outil hypnose aux antipodes de son mode de pensée, qui nous a semblé pertinent de présenter.

2.2/ CADRE THERAPEUTIQUE

Nous utilisons l'hypnose classique avec une phase d'induction sensorielle détaillée avec un body scan qui sera identique à chaque séance, puisqu'il s'agit du mode d'entrée qui nous semble le plus particulièrement adapté à notre patient, au regard de ses attentes et de ses besoins. Nous veillerons également à proposer des inductions centrées sur l'environnement et la respiration ainsi que des suggestions post-hypnotiques.

Nous nous rencontrerons chaque semaine dans mon bureau. Toutefois, chaque rencontre ne fera pas nécessairement l'objet d'une séance d'hypnose. Ce sont donc uniquement les séances sous hypnose ou en lien avec l'hypnose que nous présenterons dans le chapitre suivant.

2.3/ CADRE METHODOLOGIQUE

Afin d'éclairer notre réflexion, nous avons décidé de présenter cette rencontre clinique pouvant donner sens à notre questionnement quant à la place de l'hypnose clinique. Celle-ci s'inscrit dans le cadre d'un accompagnement psychothérapeutique d'un sujet âgé. Comme nous l'avons vu au sein de la revue théorique, les profils cliniques de l'âge sont nombreux et complexes mais les problématiques et questionnements assez récurrents. Toutefois, afin d'éclairer cette rencontre clinique avec M. R., nous avons décidé de structurer notre pensée en veillant à répondre aux questionnements suivants :

- Quelle est la demande ?

- Quelle évaluation diagnostique ?
- Quelles sont les ressources du patient ?
- Quels sont les autres intervenants ?
- Quelle est la durée de l'intervention ?
- Quelles stratégies thérapeutiques peuvent être mises en œuvre ?

Il nous a semblé également opportun de présenter nos ressentis, nos pensées et l'expérience pouvant donner sens à cette pratique nouvelle de l'hypnose.

2.4/ PRESENTATION DE MONSIEUR R.

Ô ANAMNESE

M. R. est un homme âgé de 89 ans. Malgré un âge avancé, nous pouvons dire que ce patient est en relative bonne santé. D'ailleurs, il ne paraît pas physiquement ses 90 printemps. Il est relativement autonome pour les gestes de la vie quotidienne. Il présente toutefois sur le plan sensoriel une très forte surdité : une perte totale d'audition dans l'oreille droite et une perte importante dans l'oreille gauche qui est appareillée. M. R. se dit être très handicapé par ce déficit sensoriel. Dans un cadre calme et en tête à tête, l'échange est toutefois possible. En plus grand nombre, il dit ne pas supporter tous les éléments parasites. Aussi, cet élément est à prendre en compte et constitue un point d'isolement important. Il oppose d'ailleurs fortement cette surdité dès que l'on lui propose de participer à la vie sociale de l'établissement. Il est marié et est entré en EHPAD en début de cette année avec son épouse. Cette dernière est atteinte de maladie de Parkinson et est beaucoup plus dépendante. C'est d'ailleurs pour cette raison et à la demande de Monsieur R. que le couple est entré en maison de retraite. Il souhaitait être en sécurité et être rassuré devant la grande dépendance de sa femme à laquelle il ne pouvant plus faire face à domicile. Il semble que cette décision soit davantage subit par l'épouse qui aurait aimé se « dégrader » à domicile quelle qu'en soit le coût. Un accompagnement est prévu pour elle en parallèle.

Le couple à quatre enfants, deux filles très présentes et deux garçons qui le sont un peu moins. M. R. est un ancien agriculteur avec un niveau socioculturel élevé. Il était engagé dans de nombreuses associations et avait jusqu'à présent un rôle social assez important. Les deux fils ont d'ailleurs repris l'exploitation du père, ce qui explique en partie leur toute relative absence (relative car ils sont quand même présents). Le couple partage un logement double communiquant équipé de deux salles de bains, une cuisine et deux espaces nuit. Mme R.

présente un ralentissement idéo-moteur assez envahissant et consécutif à sa maladie de Parkinson. Il n'y a finalement que peu d'échanges entre eux et madame ne semble pas très étayante pour son mari (elle-même devant faire face à la dégradation physique et cognitive inhérente à sa pathologie). Leurs désirs et envies ne sont ni identiques ni synchrones et ils ne s'autorisent pas, ou peu, à investir l'institution n'étant pas attirés par les mêmes choses et ne voulant pas laisser l'autre seul. La loyauté entre le couple est forte.

La fille aînée est extrêmement présente. Elle est très dirigiste et relativement conflictuelle envers l'équipe soignante. Disons qu'elle est davantage à la recherche de moyens pour apaiser la situation de ses parents mais aussi se rassurer elle-même. En filigrane, elle fait face à une culpabilité envahissante du fait de n'avoir pu les accompagner à domicile jusqu'à la fin.

Ô QUELLE EST LA DEMANDE ?

Comme dans la plupart des cas la demande d'entretien et de suivi n'émane que très rarement du patient. Dans ce cas précis, la demande a émané de l'équipe soignante faisant relais à la demande de la fille aînée. Nous nous sommes donc présenté à M. R. et lui avons expliqué l'objet de notre présence. Nous avons bien entendu insisté sur le fait qu'il était lui seul en capacité d'accepter ou de refuser cette démarche d'accompagnement clinique. Malgré un contact peu chaleureux, il acceptera très clairement. Il insistera toutefois que ces entretiens se déroulent en dehors du logement – en dehors du couple. Aussi, nous pouvons donc considérer qu'il s'est finalement approprié la demande d'accompagnement.

Au cours du premier entretien, il n'y a pas de tristesse apparente ni de tristesse évoquée mais les éléments du discours de M. R. sont toujours ponctués par de nombreuses plaintes internes : on relève des cristallisations importantes sur son état de santé (fatigue, difficultés à la marche) avec une plainte importante sur la sphère digestive. Il exprime une insomnie envahissante ponctuée d'angoisses, une perte d'appétit liée à un écroulement face à la nourriture, se sent tendu, à fleur de peau, n'être plus séduit par ses centres d'intérêts passés. Ne plus être en capacité de retrouver celui qu'il était. Et de nombreuses plaintes externes : être dans l'incapacité d'investir le nouveau lieu de vie avec une sensation d'enfermement, de ne pas pouvoir entrer en interaction avec les autres résidents ; que l'équipe soignante de répond pas à sa détresse ; de se sentir seul et isolé...

La plainte centrale et récurrente est orientée sur le manque d'énergie qui semble lié pour lui à une perte importante de sommeil : quatre heures par nuit, une difficulté d'endormissement et un réveil autour de deux heures du matin avec des pensées récurrentes et angoissantes.

Ô QUELLE EVALUATION DIAGNOSTIQUE ?

Au regard des éléments cliniques relevés, il semble que M. R. présente un syndrome dépressif sous un masque somatique. En effet, les plaintes somatiques prédominent sans réelle tristesse. Le discours est ponctué de plaintes qui gravitent pour la plupart sur le plan somatique. Cette forme de dépression est assez courante auprès de la personne âgée. Les symptômes classiques de la dépression tels la tristesse, la perte de l'élan vital ne sont pas nécessairement au premier plan mais davantage relayés par des plaintes somatiques nombreuses. Bien entendu, nous pourrions nous perdre à complexifier le tableau clinique par un diagnostic de dépression réactionnelle consécutive à une dynamique de deuil entamée mais non conscientisée depuis la toute récente entrée en institution.

Un tableau dépressif avec masque somatique est donc retenu. Relevons toutefois que malgré les plaintes, les solutions proposées sont toutes rejetées en bloc. « *Il n'y a rien à faire* » selon lui ! Il y a du bénéfice secondaire à être ce jour dans la plainte. En effet, la pathologie de son épouse est à ce jour « bien réelle », bien diagnostiquée. Les attentions, qu'elles proviennent de l'équipe soignante mais aussi des enfants, vont vers elle. Aussi, les plaintes et la volonté inconsciente de persister dans ces plaintes est sans aucun doute un moyen pour M. R. d'exister en tant que sujet et de faire graviter autour de lui famille et intervenants professionnels.

Malgré tout, il acceptera la mise en place d'un suivi et nous évoquerons de travailler avec l'hypnose au cours de certaines séances. Après une certaine réticence mais avec quelques explications rassurantes, il acceptera la proposition. A ce stade, je sais que l'outil hypnose peut être un levier d'action mais je ne sais pas exactement quelle orientation je vais lui proposer, comme étant, moi-même, également sidéré par ses plaintes.

Ô QUELLES SONT LES RESSOURCES DU PATIENT ?

M. R. est un sujet âgé qui a une forte capacité d'élaboration. Il est très imagé dans son discours et fait appel à de nombreuses métaphores pour parler de lui. Un niveau socioculturel élevé lui confère une certaine capacité à expérimenter de nouvelles choses. Aussi, la démarche d'entretien mais également de travailler avec l'hypnose n'a pas été difficile à accepter pour lui. M. R. est un homme qui surinvestissait la sphère socio-professionnelle. Il a très longtemps fait partie de nombreuses associations. Nous pouvons donc nous appuyer sur ce rapport au monde afin de réinvestir sa place au sein du fonctionnement institutionnel.

Ô QUELS SONT LES AUTRES INTERVENANTS ?

En termes de stratégies, nous tâchons de morceler les différentes interventions des autres professionnels aussi et surtout pour dissocier la plainte somatique de la plainte psychique. Nous proposons à M. R. de rencontrer la diététicienne en ce qui concerne les repas afin de l'orienter sur une alimentation de plaisir dans un premier temps. Nous proposons également de mobiliser le médecin, l'ergothérapeute et le kinésithérapeute en ce qui concerne l'aspect somatique afin de dégager toute atteinte physiologique réelle.

L'idée étant de concentrer notre intervention et l'utilisation de l'hypnose uniquement sur ce quoi nous pouvons avoir une intervention.

Ô QUELLE EST LA DUREE DE L'INTERVENTION ?

Nous voyons l'utilisation de l'hypnose comme un outil supplémentaire à notre pratique clinique. Aussi, le suivi des sujets âgés est bien souvent moins conventionnel car ceux-ci sont amoindris, fatigués et que l'entrée en institution est un symbole important dépressif et que l'appareil psychique de l'agé est en conflit en le Moi et le Ca. Toutefois, en ce qui concerne M. R. nous proposons d'utiliser l'outil hypnose en trois temps. Pas nécessairement au cours de séances consécutives mais celles-ci permettront de ponctuer notre intervention auprès de ce patient. Afin de compléter le suivi et mettre en sens certains éléments, nous aurons l'occasion de rencontrer au cours d'entretiens cliniques une des filles de M. R. ainsi que son épouse à plusieurs reprises.

Ô QUELLES STRATEGIES THERAPEUTIQUES PEUVENT ETRE MISES EN ŀ UVRE ?

Les plaintes de M. R. sont nombreuses et signifient une insécurité importante. Pour ce faire nous lui proposons trois interventions : la « safe place », le « rêve éveillé » et l'espace de recyclage. Pour l'ensemble des propositions, nous nous assurons de proposer à M.R. des inductions sensorielles et de lévitation du bras. Ces séances d'hypnose seront intégrées à un suivi psychothérapeutique bref, plus classique. Les rencontres avec le patient se feront au rythme d'une séance par semaine.

CHAPITRE III

RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES

LES SEANCES D'HYPNOSE

➤ 1^{ière} séance : « SAFE PLACE » AVEC INDUCTIONS SENSORIELLES.

Nous nous rencontrons pour la seconde fois. M. R. est toujours aussi plaintif et nous comprenons qu'il investit bien le suivi et formule finalement beaucoup d'attentes en ce qui concerne mon intervention. Nous débutons par un entretien clinique classique au cours duquel il évoquera une insécurité interne assez forte. M. R. est en pleine dépossesion que ce soit sur le plan physique (en perte d'autonomie, fatigué), sur le plan psychique (déprimé, anhédonique) et sur le plan social (perte de son rôle de patriarche).

Nous réévoquons la possibilité de pratiquer une séance d'hypnose car cette proposition lui avait été formulée lors du premier entretien. M. R. est un homme plutôt ouvert et, à l'égard de ses plaintes, il a également de nombreuses attentes qui le motive à accepter les propositions thérapeutiques qui lui sont faites.

Nous sommes dans un bureau au calme. Notre questionnement à ce moment précis gravite sur le déficit sensoriel du patient et les difficultés que nous pourrions rencontrer si M. R. entendait mal ou pas du tout notre voix, nos inductions et nos suggestions. Nous décidons alors d'adapter notre posture et nous nous installons côte à côte, à sa gauche, oreille appareillée. Nous nous surprenons finalement à être très contenant en passant notre bras droit derrière son dossier comme pour finalement signifier un lien à ce moment de l'expérience. Cette première séance va durer environ une demi-heure. Nous proposons une induction sensorielle détaillée avec un body scan car il nous semble d'une part que pour une première séance d'hypnose cela est facilitateur pour le patient afin d'entrer en transe hypnotique mais aussi parce que travailler l'encrage sur le corps et l'étayage de la chaise, de l'assise (« de se sentir soutenu ») est déjà en tant que tel une façon de réassurer le patient sur le plan narcissique.

Les premières minutes sont tendues, suspendues. Nous vérifierons plus tard l'accordage qui va s'opérer entre le patient et nous à mesure que nous nous détendrons, le patient se détendra.

Nous avons décidé de relever les éléments suivant qui nous semblent important :

Eléments à prendre en compte	Surdité très importante du patient (surdité oreille droite et appareillage de l'oreille gauche).
Posture du thérapeute	Côte à côte à bras droit en contact avec le dos du patient.
Posture du patient	Assis sur une chaise, jambes et mains croisées.
Signes minimaux du patient	Rythme respiratoire qui change, micro mouvements incontrôlés du corps, des membres et du visage (commissures des lèvres, sourcils, yeux). Apaisement des traits, déglutition
Type d'induction	Sensorielle détaillée avec « body scan »
Réactions du patient	Ouverture des yeux. Validation par le thérapeute « <i>c��est bien, c��est très bien</i> » à Adaptation au patient, à son rythme. Nouvelle induction centrée sur la synchronisation entre la respiration et la fermeture des yeux.
Synchronisation avec le patient	D��synchronis�� au début à laborieux �� Synchronisation progressive et plus importante avec des réactions physiques du patient (signes minimaux : ralentissement du rythme cardiaque, déglutition plus lente, mouvements des yeux sous les paupières ��).
Signaling et encrage	Bonne exécution des deux signaling et encrage très rapide et bien réalisé (ferme un poing).
Types de suggestion	Suggestions directes : apaisement, sécurité, tonus, vitalité Suggestions indirectes : « <i>je ne sais pas si dans quelques jours vous allez constater un changement</i> ».
Propos évoqués par le patient à la fin de la séance	« <i>J'étais dans mon atelier, avec mes outils agricole à un lieu où je me rendais beaucoup pour rendre des services</i> ».
Analyse contre-transférentielle du thérapeute	Mal à l��aise au début à A bout de souffle à Synchronisation chaotique sans doute en écho au patient. Puis r��encrage dans l'ici et le maintenant, synchronisation des mots sur les expirations du patient à Ralentissement simultané.

ANALYSE DE LA SEANCE :

Nous invitons M. R. à s'installer le plus confortablement possible dans le fauteuil. Nous nous installons à sa gauche, du côté de l'oreille appareillée afin qu'il puisse entendre correctement et que nous n'ayons pas à parler trop fort, ce qui perturberait l'entrée en transe. Sans y réfléchir, et la promiscuité aidant, nous passons notre bras droit derrière le dossier de son fauteuil afin de pouvoir entrer en contact physiquement avec lui. Nous ne savons pas vraiment pourquoi nous adoptons cette posture, sans doute en réaction à une certaine insécurité du patient et afin d'avoir une attitude contenante. Nous observons le comportement et les signes minimaux de M. R. Il a les traits du visage tendus.

« Je vous propose de prendre la position la plus agréable possible. De prendre le temps qu'il vous faudra pour vous sentir le mieux possible et d'être attentif à tous les éléments sensoriels de l'environnement qui vous entoure. Naturellement Et de regarder un point ou autre chose en face de vous et de le fixer aussi intensément que vous le souhaitez Si à certains moments ce point ou tout autre chose devient plus flou, qu'il change de forme ou de couleur, c'est tout à fait normal Il peut aussi ne rien se passer de bien particulier que simplement le fait de regarder l'endroit où l'on se trouve tout en écoutant les bruits alentour ». **M. R. fixe un point sur le mur, son regard est immobile, sa concentration est portée. Déjà à ce moment précis on sent chez lui un processus de dissociation. Il est attentif, et prend de grandes inspirations.**

« Découter chacun des bruits présents à l'intérieur et à l'extérieur de cette pièce [description des bruits]. Que ces bruits soient proches ou lointains C'est bien ! Simplement, naturellement, tout en respirant Et au rythme de votre respiration, peut-être éprouverez-vous le besoin de fermer les yeux, à votre rythme mais cela n'a pas d'importance De ressentir l'air frais entrer en vous à chaque inspiration, son parcours dans votre nez, dans votre poitrine, dans vos poumons et l'air chaud s'échapper à chaque expiration à un rythme apaisant et peut-être qu'à un moment ou à un autre vous trouverez que plus vous expirez et plus vos yeux s'alourdissent, et qu'ils vont éprouver le besoin de rester fermés Comme alourdis par la décontraction de l'expiration C'est tout à fait normal. Et de continuer à respirer naturellement, sans effort, sans avoir besoin de penser à comment il faut faire pour que les yeux restent fermés Voilà, c'est bien Et à mesure que vous ressentez un état de détente, vous ressentez également votre position sur cette chaise ». **La**

respiration ralentit de plus en plus, les traits du visage se détendent peu à peu mais M. R. ne ferme pour autant pas les yeux malgré les suggestions indirectes et directes. N'étant finalement peu à l'aise devant cette « résistance » nous décidons d'être plus directif avec lui. Nous comprenons également à cet instant pourquoi nous avons décidé de mettre notre bras en contact avec lui. Nous ressentons toujours cette insécurité que nous mettons en lien avec ses difficultés de sommeil. Comme une crainte de s'endormir de fermer les yeux et de ne pas les rouvrir ! Nous apposons donc notre main droite sur son dos, nous validons et lui proposons de fermer les yeux de manière plus directive. M. R. finira par se laisser aller.

« Vous ressentez tous les points de contacts de votre corps soutenu par la chaise sur laquelle vous êtes assis, simplement, en toute sécurité. Vous percevez votre position et chacun des points de contact entre votre corps et l'endroit où vous vous trouvez. C'est bien. Vos pieds sur le sol, la sensation dans vos mollets, vos cuisses, vos fesses soutenues par la chaise, votre dos en appui sur le dossier, vos bras, la position des mains et leurs contacts avec le reste du corps. les sensations dans vos mains et dans vos doigts. Très bien. les sensations dans votre nuque, votre tête naturellement, tranquillement au rythme de votre respiration. Maintenant que vous avez pris conscience de l'environnement sensoriel qui vous entoure, que vous avez repéré tous ces éléments, que vous vous sentez en sécurité, vous pouvez explorer votre monde intérieur et allez y chercher tout ce dont votre corps a besoin. Cette exploration peut prendre l'aspect d'un chemin que vous traversez ou tout autre chose. cela n'a pas d'importance. Cela peut être un chemin qui peut évoluer, ou qui peut prendre un tout autre aspect. Et quand vous sentirez que ce chemin est présent, je voudrais que vous me l'indiquiez en soulevant un doigt de la main gauche. Très bien. »

Nous insistons une nouvelle fois sur la notion de sécurité tout en gardant toujours notre main contre son dos. Nous lui proposons une induction sensorielle détaillée en insistant sur le body scan car il nous semble que M. R., qui est beaucoup dans la plainte physique, a besoin de retrouver les sensations de son corps et de puiser les ressources dans son corps. Il nous semble également important, en termes d'induction, de suggérer l'étayage de la chaise, accompagné du contact avec ma main, et qu'il puisse se laisser aller à l'expérience. Depuis que nous sommes en contact physique avec lui, la synchronisation s'opère, l'accordage se met en place. Nous parlons sur ses expirations et nous relevons des mouvements rapides sous ses paupières ainsi qu'un ralentissement de la déglutition. Le signaling demandé à cet instant est rapidement et précisément réalisé. M. R. lève un

doigt. Nous nous sentons rassuré : le problème auditif est dépassé et le patient semble sécurisé.

« Au rythme de votre respiration, laissez ce chemin vous conduire vers un lieu imaginaire, un lieu que vous connaissez partiellement un espace que vous connaissez avec tous les éléments à l'intérieur pour construire un lieu de sécurité et de protection. Quand vous serez dans ce lieu, faites-moi signe en soulevant un doigt de la main gauche. Très bien. » **A cet instant M. R. nous signale par un doigt levé qu'il a trouvé son lieu sûr mais subitement ouvre les yeux. Nous nous sentons un peu décontenancé. M. R. nous explique avec beaucoup d'émotions et d'étonnements « J'étais dans mon atelier, avec mes outils agricole un lieu où je me rendais beaucoup pour rendre des services ». Nous validons « bien, c'est très bien ». Et nous l'invitons donc à fermer les yeux de nouveau, nous l'accompagnons toujours par un toucher de la main et lui proposons de retourner dans ce lieu familier, sûr, au sein duquel il y tenait un rôle social puisqu'il y rendait des services. Nous constatons après coup que le fait de revenir à un état de conscience favorise le retour à un état de conscience altéré plus profond permettant un réancrage plus fort...**

« Nous allons prendre le temps de retrouver et décrire ce lieu de protection ensemble. Votre atelier où il vous est agréable de retourner, où vous rendiez beaucoup des services à tout le monde et qui est un lieu qui vous protège un espace dans lequel vous pourrez aller à loisir, cet atelier ou vous sentez en sécurité, utile vivant Ce lieu que vous pourrez regagner pendant quelques secondes dès que vous le souhaitez ou dès que vous en aurez besoin Je vais vous demander de prendre le temps d'observer votre atelier : les couleurs, les formes, la nature des éléments qui le compose, s'il s'agit d'un endroit rempli de petits outils ou bien de matériels agricoles, si l'espace est restreint ou bien s'il est étendu simplement de prendre acte de ce que vous y voyez. Je peux également vous inviter à écouter les sons, d'entendre les bruits qui le compose de faire la correspondance entre ce qui est vu et ce qui est entendu, et de voir les choses telles que vous pouvez les ressentir votre contact avec le sol, le senti sur votre peau la liberté d'explorer par les sens cet atelier dans lequel vous vous trouvez. Se servir de ce que l'on ressent pour explorer ce lieu, ressentir simplement les odeurs, de terre, de poussière ce qui rend ce lieu caractéristique. De laisser vos sens vous guider De prendre plaisir à cette expérience ». **Nous essayons d'enrichir la description de l'environnement avec ce que nous a livré M. R., sans pour autant trop orienter ne**

connaissant pas ce lieu. Mais grâce à l'information que nous en donne M. R., se composent à nous des images, un grand espace, des engins agricoles et un sentiment d'immensité.

« Je vais vous demander maintenant d'ajouter un élément à votre atelier : une frontière entre le dedans et le dehors – une bulle qui protège quand on est à l'intérieur. Peut-être utiliser le matériel agricole, les outils qui sont à votre disposition pour construire une barrière. Quelle que soit la délimitation, savoir que c'est là et que dès qu'un élément extérieur viendra vous déséquilibrer, vous heurter, quelle que soit la délimitation, vous savez que les frontières que vous avez bâties vous protègent des agressions extérieures. » [Pause pour laisser le temps de « bricoler » !]. Il y a donc ce lieu qui vous protège et pour vous assurer de pouvoir y revenir rapidement, je vais vous demander un geste : fermer le poing, toucher le lobe de votre oreille, lever un bras – ce que vous voulez car il y a plein de possibilités. Et il n'y a pas d'importance. Quoi qu'il en soit, un geste qui doit être rapide pour pérenniser ce lien avec ce lieu. Et de bien encre ce geste, la pression, la sensation permettent de bien encre ce chemin entre votre situation et le lieu de protection où vous trouverez la sécurité. Et ainsi, en refaisant ce geste, vous retrouverez en quelques secondes ce lieu sûr où vous êtes à l'abri, où vous pourrez vous reposer, trouver l'énergie et reprendre contact avec votre corps, vos ressources. Quand ce lien sera bien créé, vous pourrez « desserrer votre poing et retrouver cette pièce où l'on se trouve. »

Le rythme de M. R. est très lent, les traits apaisés. Nous avons le sentiment que le lieu, cet atelier, a valeur de réminiscences mais est aussi source de bien-être. L'encre là aussi est très bien réalisée (fermeture du poing gauche). Nous insistons sur des suggestions de sécurité, de détente, de bien-être de repos.

« Et je ne sais pas si dans quelques heures, quelques jours vous allez constater un changement, une amélioration de votre tonus. Cela n'a pas d'importance car votre corps sait ce qui est bon pour vous. » Et tranquillement, au rythme de votre respiration, comme vous le souhaitez, vous allez vous reconnecter avec l'environnement qui vous entoure, retrouver les éléments sonores à l'intérieur et à l'extérieur de cette pièce, retrouver une vigilance, un tonus musculaire au rythme de votre respiration, de sentir à nouveau les points de contacts de votre corps avec votre chaise et de garder de cette expérience ce que votre corps a besoin ou simplement de la laisser aller pour l'oublier – il n'y a pas d'importance, ce qui sera le mieux pour vous. Et progressivement de retrouver des perceptions les plus habituelles, celles de cette pièce, de revenir à votre rythme, comme il vous plaira jusqu'au

moment où simplement, vous allez rouvrir les yeux ». **M. R. revient progressivement, le rythme cardiaque s'accélère. Nous validons par une suggestion directe en ce qui concerne une amélioration de son tonus. Il rouvre les yeux, s'écrit avec un grand sourire (nous ne le connaissions pas ainsi), il semble détendu.**

Enfin, ce qui nous a semblé être un élément perturbateur (qu'il ouvre les yeux et nous parle) a été très facilitateur. Nous avons un début de matériel plus précis afin d'adapter notre discours, d'étayer la transe mais aussi d'induire des éléments pouvant être bénéfiques au patient au regard de ses difficultés du moment. Nous nous sentons rassuré, avec le sentiment (sans doute mal placé) d'avoir « réussi » ! A la fin de cette séance, nous ressentons une certaine fatigue. Mais cette information concernant cet atelier agricole nous fait penser qu'il serait bon de lui proposer de l'accompagner dans cet espace une autre fois et d'évoquer un lieu de transformation, un espace de recyclage tout à fait adapté à cette notion d'atelier.

Nous l'interrogeons rapidement sur son ressenti quant à cette expérience. Le sourire est encore présent, il semble un peu hébété surpris sans doute d'avoir repris contact avec ce lieu si symbolique pour lui. Nous n'allons pas plus loin. Nous lui proposons de s'arrêter là pour cette séance, nous fixons avec son accord un nouveau rendez-vous et le raccompagnons dans son logement.

➤ **2^{ème} séance : REVE VEILLE - L'ATELIER AGRICOLE**

Nous nous rencontrons avec M. R. la semaine suivante (il s'agit donc de la 3^{ème} séance si l'on compte la toute première rencontre avec l'anamnèse et sa demande). M. R. est plus ouvert à nous que les séances précédentes. Sans aucun doute l'alliance se tisse et il nous semble que la séance d'hypnose précédente (lieu sûr) a sans doute contribué à le rassurer sur cet aspect de la thérapie. Nous faisons alors un point sur son état cette semaine et sur son ressenti quant à la séance d'hypnose. M. R. exprime se sentir un peu mieux. Il dit avoir repris un peu d'appétit, réussir, si ce n'est à dormir plus mais dormir un peu mieux et réussir à faire la sieste en début d'après midi. Il nous demande si ces petits changements ont un lien avec la séance d'hypnose. Nous lui demandons ce qu'il en pense puisqu'il fait spontanément du lien. M. R. répond qu'il n'en sait rien mais que peut-être que la séance y est pour quelque chose. A cet instant nous ne savons réellement pas quoi répondre, tout au moins comment répondre. Nous validons sa réponse et nous insistons sur le fait que son corps et son inconscient savent ce qui est bon pour lui et qu'il est allé puiser dans ses ressources lors de cette séance. Nous pensons

qu'à cet instant, M. R. et nous même savons qu'il n'est pas nécessaire d'aller plus loin dans les explications.

Les plaintes aujourd'hui sont davantage cristallisées sur ses difficultés à se mouvoir, à se déplacer à la fatigue importante qu'il ressent et qui sont pour lui un risque de chutes potentiel. Objectivement, M. R. est fatigué mais il se déplace sans aide, a une marche correcte et assurée. Les échanges avec la kinésithérapeute et le médecin du service nous confirment que M. R. n'a pas de problématique fonctionnelle objectivée. La notion de mouvement est une notion importante qui revient souvent dans son discours. Il semble avoir besoin d'expérimenter les choses afin de les intégrer pour dépasser ses inquiétudes. Aussi, nous lui proposons « un rêve éveillé » au sein duquel l'idée de mouvement est très présente. Nous lui proposons de démarrer ce rêve éveillé dans l'atelier agricole qui est son lieu sûr et un lieu symbolique pour lui.

ANALYSE DE LA SEANCE :

Éléments à prendre en compte	Surdité très importante du patient (surdité oreille droite et appareillage de l'oreille gauche).
Posture du thérapeute	Côte à côte à bras droit en contact avec le dos du patient.
Posture du patient	Assis sur une chaise, jambes étendues, avant-bras sur les accoudoirs de la chaise.
Signes minimaux du patient	Respiration qui ralentit, micro mouvements incontrôlés des jambes et du visage (rictus), apaisement des traits, mouvements des yeux
Type d'induction	Induction motrice et lévitation du bras (pour insister sur le mouvement du corps).
Réactions du patient	Le patient réagit bien au guidage et est plutôt enclin à la description de ce qu'il voit, ressent, fait
Synchronisation avec le patient	Synchronisation rapide et facilitée parce que le patient « mène » du fait qu'il est dans la description.
Signaling et encrage	Bonne exécution de l'encrage très vite et bien réalisé (poing gauche).
Types de suggestion	Suggestions directes : autours du mouvement, de l'étayage de la chaise, de la confusion autour de la notion de temps
Propos ��voqu��s	Très silencieux après la séance. Emu, larmoyant du fait de cette

par le patient à la fin de la séance	expérenceí
Analyse contre-transférentielle du thérapeute	Nous ressentons que l'alliance est en construction. Nous sommes plus à l'aise avec lui et du fait avec l'outil.

« Je vous propose de prendre la position la plus agréable possible en posant vos avant-bras sur les accoudoirs de la chaise. De prendre le temps qu'il vous faudra pour vous sentir le mieux possible et d'observer les éléments de l'environnement qui vous entoure. De concentrer votre attention sur l'environnement visuel devant et autour de vous; sur l'environnement sonore à l'intérieur et à l'extérieur de cette pièce mais également votre position sur cette chaise de ressentir tous les points de contacts de votre corps : vos pieds sur le sol, la sensation dans vos cuisses, vos fesses soutenues par la chaise, votre dos en appui sur le dossier de la chaise, vos bras sur les accoudoirs de la chaise, les sensations dans vos mains et dans vos doigts, votre nuque, votre tête naturellement, tranquillement au rythme de votre respiration. Et lorsque vous aurez bien pris conscience de l'environnement qui vous entoure, lorsque vous aurez repéré tous ces éléments, vous pourrez alors fermer les yeux en toute sécurité. » **M. R. est plus en confiance au cours de cette seconde séance. Il prend son temps et ferme assez rapidement les yeux. Cela nous rassure et nous donne confiance pour la lévitation du bras à venir.**

« Vous allez concentrer votre attention sur des bracelets qui sont attachés autour de vos poignets. Ces bracelets sont reliés à des ballons, de nombreux ballons de couleurs et de formes différentes qui allègent déjà vos bras et qui entraînent déjà vos avant-bras dans une verticalité qu'elle soit automatique ou volontaire. Vos bras montent, dans une sensation de légèreté, comme des plumes qui se soulèvent au grès du vent comme vous le voulez, à la vitesse qui vous convient. Et à mesure que vos bras se soulèvent dans cette verticalité, de façon automatique ou inconsciente, que vous ressentez cette sensation de légèreté naturellement, simplement vous ressentez un élargissement de votre champ de conscience vous ressentez une sensation d'apaisement qu'elle soit consciente ou inconsciente mais cela n'a pas vraiment d'importance. Vous ressentez cet apaisement dans un espace-temps différent où des minutes peuvent paraître des heures et des heures peuvent paraître des minutes mais là aussi, cela n'a pas vraiment d'importance. Si ce n'est vos bras qui s'élèvent, dans cette

verticalité, de façon automatique ou volontaire, aidés par ces ballons pour atteindre une verticalité. *A votre rythme, simplement, naturellement* » **Les avant-bras de M. R. se lèvent progressivement**. Toutefois, ils ne vont pas se lever très haut mais suffisamment pour nous signifier que l'état de dissociation est atteint et que le patient est en transe hypnotique.

« *Vous allez ressentir toutes les sensations dans vos mains, dans vos doigts* les sensations de chaleur ou de fraîcheur et l'attraction qui va s'opérer entre vos deux mains qui vont se sentir attirées par une force naturelle. Par une énergie entre vos mains, qui va s'intensifier une énergie bienveillante, revivifiante, une énergie inconsciente dont votre corps a besoin. Et vos mains se rejoignent, de façon automatique ou volontaire et une fois unies, elles vont se déposer sur la partie de votre corps qui en a besoin en éprouvant une sensation plénitude, d'apaisement parce que votre inconscient sait ce qui est bon pour vous et cette énergie, cette ressource inconsciente va entraîner un soulagement un soulagement immédiat ou un soulagement qui va s'opérer dans les minutes, les heures ou les jours qui suivent » **Il nous semblait important d'insister sur des inductions d'énergie, bienveillante, revivifiante, d'énergie inconsciente** Ressources dont dispose M. R. mais auxquelles il n'a pas accès à ce jour. M. R. est détendu des signes minimaux tels que le mouvement des yeux, le ralentissement du rythme de la respiration valident davantage notre ressenti quant à son adhésion au dispositif.

« *Et maintenant M. R. vous allez retrouver votre lieu de sécurité, votre atelier agricole* et en serrant le poing de votre main gauche vous allez vous retrouver dans votre atelier agricole, ce lieu de sécurité pour vous. M. R. *décrivez-moi cet atelier.* » **M. R. est un peu hésitant et silencieux. Nous l'invitons à nous décrire l'environnement dans lequel il se trouve ?** Nous : « *Décrivez-moi ce que vous voyez* ». M. R. « *Je suis dans mon atelier chez moi. Il y a mon établi avec mes outils, un tracteur, une ensileuse à réparer* ». Nous : « *Qu'est-ce que vous ressentez ?* ». M. R. : « *Je me sens bien, j'y suis bien* ». Nous : « *Promenez-vous et explorez votre atelier* ». M. R. : « *Je suis vers mon atelier avec mes outils où je réparais des pièces de machines* ». Nous : « *Décrivez nous votre atelier, la grandeur, les couleurs, les odeurs* ». M. R. : « *Les murs ce sont des plaques de tôles en fer avec des ouvertures, avec beaucoup de lumière c'est lumineux* Il y a toutes mes affaires comme avant avant que je parte ». [Description de l'atelier]. Nous : « *Qu'est-ce que vous ressentez ?* ». M. R. : « *Je suis content et triste* ». Nous : « *Pourquoi êtes-vous triste ?* ».

M. R. : « *Parce que cœst finit ce temps là, je pouvais faire plein de choses !* ». Nous : « *Profitez de cet instantí cœst un autre temps aujourd’hui où tout est encore possibleí Est-ce que vous pouvez continuer à marcher. Peut-être y a-t-il une porte, un chemin qui mène ailleurs ?* ». M. R. : « *Oui, une porte au fond* ». Nous : « *Pouvez-vous la prendre et quitter cet atelier ?* ». M. R. : « *Cœst plus sombre, je ne vois pas grand-chose* ». Nous : « *Il y a sans doute un interrupteurí une source de lumièreí* ». M. R. : « *Oui* ». Nous : « *Enclenchez l’interrupteur* ». M. R. : « *Ca y estí je vois mieux* ». Nous : « *Où êtes-vous ?* ». M. R. : « *Dans ma maison, à côté de l’atelier* ». Nous : « *Avec qui êtes-vous ?* ». M. R. : « *Je suis avec mes deux fils, qui travaillent avec moi à la ferme* ». Nous : « *Que ressentez-vous ?* ». M. R. : « *Je suis content de les voir* ». Nous : « *Vous voulez leur parler, que font-ils ?* ». M. R. : « *Ils sont petits, plus petit qu’aujourd’hui, quand mes filles n’étaient pas nées* ». Nous : « *Y a-t-il d’autres personnes avec vous ?* ». M. R. : « *Ma femme qui prépare la soupe* ». Nous : « *Qu’est-ce que vous avez envie de faire ?* ». M. R. : « *De m’asseoir à table, de manger avec eux* ». [Description du repas]. Nous : « *Et maintenant que le repas est terminé, pouvez-vous sortir vous promenez, faire une ballade dehors ?* ». M. R. : « *Oui, avec les enfants* ». Nous : « *Oui avec les enfants* » [Description de la ballade].

« *Je vous propose de garder toutes ces images en vous et de revenir tranquillement, au rythme de votre respiration, comme vous le souhaitez, à votre état de conscience habituelleí de retrouver les éléments sonores à l’intérieur et à l’extérieur de cette pièceí retrouver une vigilance, un tonus musculaireí au rythme de votre respirationí de sentir à nouveau les points de contacts de votre corps avec votre chaiseí et de garder de cette expérience ce que votre corps a besoin ou simplement de la laisser aller pour l’oublierí il n’y a pas d’importance, ce qui sera le mieux pour vous. Et comme il vous plaira, à votre rythmeí de rouvrir les yeux* ». **M. R. revient progressivement mais il est très silencieux. Il sourit un peu mais nous constatons que ses sentiments sont partagés. Il semble également surpris d’avoir fait cette expérience qui lui a semblé très réelle nous dira t’il plus tardí**

Le rêve éveillé de M. R. a tourné essentiellement autour de sa vie passée et de la vie de famille : le travail qui a prit une part importante dans sa vie au travers de l’atelier agricole mais aussi de sa famille et ses enfants. On relève un élément régressif puisque les enfants, les aînés, sont petits. Sans doute pour contraster avec la temporalité du moment, en institution, qui matérialise sa problématique. Le deuil de ce temps qui passe et qui est révolu. Du point de vue du thérapeute, cette expérience du rêve éveillé nous a semblé plus sécurisante. Sans doute

parce que l'alliance avec le patient s'est tissée mais aussi parce que le patient est le seul maître à bord. Nous l'accompagnons seulement et nous l'invitons à être dans une posture descriptive. Nous avons enfin beaucoup insisté sur cette séance sur la notion de mouvement, de mettre en mouvement. Ce que cette expérience du rêve éveillé allait permettre afin de laisser à M. R. la possibilité d'antérioriser cette capacité, qui selon lui, fait beaucoup défaut. L'idée était de le mettre dans sa posture antérieure, socialement et au niveau familial en tant que père de famille, patriarche. Qu'il réexpérimente ce qu'il est capable, qu'il puise dans ses ressources.

Nous faisons rapidement un point sur son ressenti quant à cette expérience singulière. Il est toujours un peu surpris de ce qu'il vient d'expérimenter. Nous ne souhaitons pas aller plus loin car nous ne voulons pas donner du sens aux éléments qu'il a décrit. Nous lui proposons de réécrire sur papier son rêve éveillé en ajoutant des détails si cela est nécessaire pour lui. Nous lui expliquons que nous pourrions ainsi en reparler plus en détails la semaine prochaine. Nous lui proposons de fixer avec son accord un nouveau rendez-vous et le raccompagnons dans son logement.

➤ **3^{ème} séance : SEANCE SANS HYPNOSE Ó ETAYAGE DES ELEMENTS DU REVE EVEILLE.**

M. R. est assez demandeur ce jour. Nous en sommes à la 4^{ème} séance et il nous semble important de faire le point. M. R. est un peu mieux, dit-il, dans son corps et semble plus confiant dans sa marche (objectivement la marche est aussi sécurisée qu'avant. Ce sont ses représentations qui ont changées). Il en parle toujours en des termes un peu négatifs mais bien moins que les séances précédentes (il est résistant et sait qu'il y a du bénéfice secondaire à la plainte). L'humeur est meilleure et les affects dépressifs en arrière plan. Nous demandons à M. R. s'il a écrit sur papier son rêve éveillé avec des détails supplémentaires ? Il ne l'a pas fait. Nous décidons alors et d'après nos notes, de revenir oralement sur ce cheminement. Cela nous permet de travailler sur la notion de famille, les fils aînés et leur absence notamment, mais aussi son statut social et professionnel. M. R. verbalise des éléments intéressants à cette séance : sa difficulté liée à l'entrée en institution (ceci était une évidence mais cela n'avait jamais encore été ni évoqué par lui, ni conscientisé), son sentiment d'inutilité, la notion de deuil et de handicap notamment liés à ses déficits sensoriels, mais aussi l'état de santé de son épouse qui se dégrade, qui l'inquiète et qui obtient finalement toutes les attentions de ses filles. Qu'être dans la plainte est un bénéfice secondaire, celui d'être si ce n'est plus, au moins autant dépendant que l'épouse et ainsi au cœur des préoccupations des enfants. Au

regard des éléments abordés par M. R. et la progression de la thérapie, nous envisageons un espace de recyclage pour la prochaine séance d'hypnose.

Dans cette temporalité, il est prévu d'ici deux semaines de faire le Projet d'Accompagnement Personnalisé de M. R. Il s'agit d'un dispositif qui est imposé aux établissements socio et médico-sociaux. Il est inscrit dans le code de l'action sociale et des familles et repose sur la loi 2000-2 qui en définit les règles. Il s'agit de redonner une place centrale aux résidents et de répondre aux attentes et aux envies de ces derniers, dans la mesure du possible des établissements. Il s'agit là d'un dialogue, d'une co-construction entre le résident et l'institution. C'est un temps personnalisé qui peut être un média puissant pour accompagner le résident dans une démarche de changement.

Nous profitons alors de cette séance pour initier ensemble cette démarche. Nous nous confrontons à de nombreux refus de la part de M. R. argumentés par son incapacité générale à réinvestir selon lui les temps d'animation, la vie sociale, la vie institutionnelle. Nous évoquons la possibilité de lui mettre à disposition un petit jardinet, élément très familier et symbole d'autonomie pour lui. Il nous répond ne pas en être capable. C'est à cet instant que nous pensons que l'hypnose, notamment une prochaine séance avec l'espace de recyclage pourrait lui permettre de puiser dans ses ressources et de modifier cette perception négative permanente qu'il a de lui.

➤ 4^{ème} séance : **L'ESPACE DE RECYCLAGE AVEC INDUCTIONS SENSORIELLES.**

Pourquoi l'espace de recyclage ? Comme nous l'évoquions juste avant, nous arrivons au terme de l'accompagnement de M. R. avec l'outil hypnose. Jusqu'ici, il a réagi plutôt favorablement. Nous relevons de nombreux éléments de changement mais aussi des éléments plus résistants. Il nous a alors paru important de terminer avec l'espace de recyclage pour finalement entériner et ainsi accompagner M. R. à dépasser les représentations négatives qu'il a de lui-même. Notamment les nombreuses ressources visibles mais encore à l'ombre de nombreux affects dépressifs sous-jacents. Son espace de sécurité étant son atelier agricole, il nous a semblé encore plus pertinent de proposer à M. R. un espace de recyclage qui pourrait être un lieu, tel un atelier, où l'on nettoie, transforme, répare. Nous pensons que cette proposition pourrait totalement lui convenir et faire écho en lui. Enfin, il s'agit là également pour nous de pouvoir lui permettre d'accéder aux objectifs de son Projet d'Accompagnement Personnalisé (investir un jardin pour commencer et reprendre une posture antérieure valorisante) et ainsi lui laisser la possibilité d'évoluer par la suite en toute autonomie.

Enfin de reprendre confiance en lui, de rassurer ses compétences et de faire quelque chose, à l'image de l'espace de recyclage.

Nous avons décidé de relever les éléments suivants qui nous semblent importants :

Éléments à prendre en compte	La surdité est toujours importante (surdité oreille droite et appareillage de l'oreille gauche) mais nous nous en sommes finalement accommodés.
Posture du thérapeute	Nous maintenons notre position en côte à côte et nous tenons à maintenir notre bras droit en contact avec le dos du patient pour maintenir une connexion. Cela a finalement toujours bien fonctionné entre nous ainsi.
Posture du patient	Assis sur une chaise, jambes et mains décroisées. Le patient a appris à trouver au fur et à mesure des séances la posture qui lui est la plus agréable.
Signes minimaux du patient	M. R. réagit finalement quasiment de la même façon à chaque séance : sa respiration qui ralentit, des micromouvements incontrôlés des jambes (il est en mouvement sous hypnose) et du visage (rictus), apaisement des traits, mouvements des yeux
Type d'induction	Sensorielle détaillée avec « body scan » Il nous semble important d'étayer l'induction par un body scan car le corps pour M. R. est source de plainte mais sans aucun doute un lieu ressource.
Réactions du patient	Bonne participation Répart seul du bureau en fin de séance pour la première fois.
Synchronisation avec le patient	Nous sommes très vite synchronisés. Nous savons maintenant ce qui lui convient au niveau des inductions et nous anticipons ses réactions. Il y a une forme d'accordage entre nous.
Signaling et encrage	Geste d'encrage effectué rapidement, sans difficultés, naturellement
Types de suggestion	Suggestions autour de la transformation, du changement mais aussi du mouvement, de la vigilance, du tonus musculaire
Propos évoqués par le patient à la fin de la séance	Certaines de nos suggestions l'ont perturbé, ne correspondaient pas à ses images mentales Toutefois, il semble avoir dépassé cela facilement.
Analyse contre-transférentielle du thérapeute	Nous sommes rapidement à l'aise. Nous n'éprouvons pas d'inquiétudes car nous connaissons notre patient et ses ressources. Nous savons que l'espace de recyclage est un lieu qui peut faire écho à ses expériences passées. Cela est rassurant.

ANALYSE DE LA SEANCE :

« Je vous propose de prendre la position la plus agréable possible. De prendre le temps qu'il vous faudra pour vous sentir le mieux possible et d'être attentif à tous les éléments sensoriels de l'environnement qui vous entoure. Naturellement Et de regarder un point ou autre chose en face de vous et de le fixer aussi intensément que vous le souhaitez Si à certains moments ce point ou tout autre chose devient plus flou, qu'il change de forme ou de couleur, c'est tout à fait normal Il peut aussi ne rien se passer de bien particulier que simplement le fait de regarder l'endroit où l'on se trouve tout en écoutant les bruits alentour Découter chacun des bruits présents à l'intérieur et à l'extérieur de cette pièce [description des bruits]. Que ces bruits soient proches ou lointains C'est bien ! Simplement, naturellement, tout en respirant Et au rythme de votre respiration, peut-être éprouverez-vous le besoin de fermer les yeux, à votre rythme mais cela n'a pas d'importance De ressentir l'air frais entrer en vous à chaque inspiration, son parcours dans votre nez, dans votre poitrine, dans vos poumons et l'air chaud s'échapper à chaque expiration à un rythme apaisant et peut-être qu'à un moment où à un autre vous trouverez que plus vous expirez et plus vos yeux vont s'alourdir, et qu'ils vont éprouver le besoin de rester fermés Comme alourdis par la décontraction de l'expiration C'est tout à fait normal. Et de continuer à respirer naturellement, sans effort, sans avoir besoin de penser à comment il faut faire pour que les yeux restent fermés Voilà, c'est bien Et à mesure que vous ressentez un état de détente, vous ressentez également votre position sur cette chaise Vous ressentez tous les points de contacts de votre corps soutenu par la chaise sur laquelle vous êtes assis, simplement, en toute sécurité Vous percevez votre position et chacun des points de contact entre votre corps et l'endroit où vous vous trouvez C'est bien Vos pieds sur le sol, la sensation dans vos mollets, vos cuisses, vos fesses soutenues par la chaise, votre dos en appui sur le dossier, vos bras, la position des mains et leur contact avec le reste du corps les sensations dans vos mains et dans vos doigts Très bien les sensations dans votre nuque, votre tête naturellement, tranquillement au rythme de votre respiration ».

Nous utilisons l'induction sensorielle une nouvelle fois et un body-scan car nous pensons que le corps et le mouvement du corps sont à la fois une difficulté mais aussi une ressource pour M. R. Cette induction lui convient car il atteint assez vite l'état de transe hypnotique, et cela presque sans difficultés. Cela fait plusieurs séances et M. R. connaît la procédure. Nous nous rendons compte que nous connaissons aussi beaucoup M. R. et nous nous accommodons de façon inconsciente à ses attentes et à ce qui peut être le plus facilitateur.

L'alliance est créée M. R. nous fait confiance et nous avons confiance en lui (et un peu plus en nous et en ce que nous faisons).

« Et lorsque vous aurez bien pris conscience de l'environnement sensoriel qui vous entoure, lorsque vous aurez repéré tous ces éléments, vous vous sentirez consciemment ou non en toute sécurité pour explorer votre monde intérieur et allez-y chercher tout ce dont votre corps a besoin et tout ce qui est bon pour vousi ». **M. R. ferme assez vite les yeux. Nous veillons malgré tout toujours à maintenir un débit sonore important. M. R. est très déficient sur le plan auditif et nous nous sommes inconsciemment accordés à maintenir le lien avec notre main droite apposée sur son dos. C'est une façon de signifier notre présence lorsqu'il a les yeux fermés, de le rassurer et de pallier au déficit auditif par un autre sens.**

« Je vais vous inviter à retrouver le lieu de sécurité que vous avez exploré la semaine dernièrei simplement, naturellementi Ce lieu qui vous est familier, au sein duquel vous pouvez vous retrouver, vous ressourcer, cet atelier agricole ou vous rendiez des services à tout le monde. Pour vous aider à retrouver ce lieu, je vous invite à effectuer le geste de serrer le poing gauche que vous avez décidé d'ancrer à cet espacei C'est bien, très bieni ». **M. R. effectue assez rapidement son geste d'ancragei Nous constatons, au niveau des signes minimaux (mouvements des yeux), qu'il est sans doute déjà dans son lieu de sécurité bien avant de serrer le poing. Cela est signe pour nous qu'il est en état de transe profonde.**

« De prendre le temps de visualiser tous les éléments de ce lieuí les objets qui s'y trouvent, les outils, les machines agricolesí de bien observer les matières qui le compose, les couleurs, les formes, l'espace dont vous disposer autour de vous et au-dessus de vous, les odeursí tous les éléments de cet environnement qui vous semble importanti à votre rythme, simplement, naturellementi de prendre le temps de vous ressourcer, de vous sentir détendu, apaiséi ». **M. R. effectue de nombreux mouvements des yeuxí Il semble visualiser le lieu de sécurité. Un rictus apparaît, signe de détente et d'expérience agréable.**

« Et à mesure que vous évoluez dans cet atelier agricole, vous allez vous diriger vers une porteí cela peut-être un passage, un couloir, une ouvertureí cela n'a pas beaucoup d'importancei simplement une sortie vous permettant de rejoindre une autre pièce, un

ailleurs, où vous allez pouvoir modifier dans votre inconscient ce dont vous avez besoin aujourd'hui recycler des émotions, déposer des éléments de vie envahissants vous alléger de ce qui fait poids et vous redonner les moyens de faire appel à vos ressources intérieures car votre corps sait ce qui est bon pour vous à votre rythme Et quand vous y serez, faites-moi un signe en levant un doigt. C'est bien, c'est très bien ». **M. R. effectue le signaling en prenant un peu son temps mais il finit par le faire. L'espace de recyclage a t-il été compliqué pour lui à trouver ?**

« Et d'explorer ce lieu de recyclage de bien observer les matières qui le compose, les couleurs, les formes, l'espace dont vous disposez autour de vous et au-dessus de vous, les odeurs tous les éléments de cet environnement qui vous semble importants ainsi vous pouvez faire appel à votre imagination et vous représenter un endroit où l'on recycle des objets dont on a plus l'usage, une usine, un atelier ou un lieu tel que vous souhaitez vous le représenter, un lieu qui est dédié à déposer des choses dont on veut se défaire. Peut être pouvez vous imaginer des tapis roulants sur lesquels vous déposez des cartons remplis de tout ce que vous ne voulez plus, les regarder s'éloigner sur les tapis et les imaginer réapparaître sur un autre tapis, recyclés, transformés en objets, en éléments positifs, choses dont vous avez peut être besoin, ou envie... oui, très bien... déposer, transformer, récupérer quelque chose de positif... et vous allez pouvoir déposer, nettoyer, réparer, ranger, jeter tout ce dont vous avez besoin pour vous sentir mieux et récupérer des ressources pour ce faire je vais vous laisser un moment silencieusement pour modifier, recycler, transformer tout ce qui vous semble important aujourd'hui pour vous permettre d'avancer, de reprendre l'envie, de reprendre confiance en vos capacités physiques, votre marche de retrouver un sommeil réparateur, apaisant de retrouver l'énergie dont vous avez besoin simplement, naturellement à votre rythme [**Pause**]. Et quand vous aurez terminé de déposer, nettoyer, réparer, ranger, jeter tout ce dont vous avez besoin pour vous sentir mieux je vous demande de me le dire en levant un doigt de la main gauche C'est bien, très bien ». **M. R. a prit un long moment pour transformer tout ce qu'il avait à transformer. Ce temps nous a paru important Nous avons observé que ses mains et ses jambes effectuaient de micro mouvements comme s'il vivait l'expérience de recyclage, en mouvement**

« Et maintenant que vous avez pu explorer vos ressources, je vais vous inviter à reprendre le chemin que vous avez emprunté pour vous rendre dans ce lieu de faire demi-tour, de vous diriger vers une porte, un passage, un couloir, une ouverture ou tout autre sortie, cela n'a

pas d'importance pour vous retrouver dans votre lieu de sécurité, votre atelier agricole où vous rendiez beaucoup de services à tout le monde de profiter de ce lieu pour vous détendre, vous ressourcer, reprendre confiance en vous. Et tranquillement, au rythme de votre respiration, comme vous le souhaitez, vous allez vous reconnecter avec l'environnement qui vous entoure retrouver les éléments sonores à l'intérieur et à l'extérieur de cette pièce retrouver une vigilance, un tonus musculaire au rythme de votre respiration de sentir à nouveau les points de contacts de votre corps avec votre chaise et de garder de cette expérience ce que votre corps a besoin ou simplement de la laisser aller pour l'oublier il n'y a pas d'importance, ce qui sera le mieux pour vous. Et progressivement de retrouver des perceptions les plus habituelles, celles de cette pièce, de revenir à votre rythme, comme il vous plaira jusqu'au moment où simplement, vous allez rouvrir les yeux ». **M. R. revient dans un état de conscience, dans le bureau. Il semble fatigué ! Il se tire** Les traits du visage sont malgré tout moins tirés qu'avant la séance. Nous revenons ensemble rapidement sur l'expérience d'aujourd'hui.

Nous lui demandons comment s'est passée la séance. M. R. nous dit qu'il a été un peu gêné par l'image des tapis roulants et des cartons car il se est plutôt vu dans une décharge, la décharge où il avait l'habitude d'aller quand il était en activité. Un lieu où une partie était destinée à recycler et une autre partie qui servait à détruire et jeter. Nous comprenons que M. R. a transformé certains éléments mais en a détruit d'autres. En tout cas s'en est a priori séparé. Afin de ne pas influencer la séance et laisser faire les choses à leurs rythmes, nous lui proposons de fixer un rendez-vous la semaine d'après. Il décide ce jour de retourner seul à son logement. Jusque là nous l'avons toujours accompagné pour le rassurer. Le recyclage est-il en marche ?

➤ **5^{ème} séance : SEANCE SANS HYPNOSE.**

Nous retrouvons M. R. pour une avant dernière séance. Nous lui proposerons une séance à distance afin de ratifier l'accompagnement mais aussi pour engager dès à présent la séparation. Nous lui proposons de se rencontrer ce matin puisque l'après-midi même nous avons convenu en présence de ses filles et d'une partie de l'équipe soignante (cadre de santé, aide-soignante et agent hôtelier référent, l'infirmier en poste et nous-même) de se réunir avec lui pour co-construire son Projet d'Accompagnement Personnalisé. Comme nous l'évoquions plus haut, il nous a semblé judicieux de consolider cet accompagnement via l'hypnose en appuyant sur les

ressources du patient dans le réel. Le Projet d'Accompagnement Personnalisé nous a alors semblé la rencontre et l'outil le plus adapté pour transformer concrètement le cheminement du patient. M. R. se présente ce jour un peu stressé. La réunion de l'après-midi est un peu anxiogène pour lui nous livre-t-il. Toutefois, et contrairement à ses postures antérieures, cela ne semble pas un frein absolu. Le discours de M. R. est toujours teinté de plaintes mais aujourd'hui à minima. Il nous semble qu'il n'est pas en capacité de se délester complètement de celles-ci, simplement parce qu'elles lui permettent de se structurer et de faire face à la réalité institutionnelle. Le travail accompli notamment grâce à l'hypnose lui aura permis, nous semble-t-il, d'apprendre finalement à faire avec mais surtout à mobiliser ses ressources internes et de faire confiance à son corps, qui, malgré ses 89 printemps, le porte encore très bien. M. R. évoque spontanément les séances d'hypnose en nous expliquant avoir pu retourner chez lui une dernière fois. Il est important de souligner que nous avons auparavant évoqué avec lui cette possibilité de retourner au domicile « dans le réel » pour démarrer un travail de deuil, y prendre quelques objets pour garder du lien. Ses filles étaient parties prenantes de cette démarche. Il s'y est toujours opposé en justifiant par la crainte d'avoir plus de mal au retour. Nous n'avions pas pour objectif de le confronter à cette réalité mais il semble que M. R. s'est saisi de l'hypnose pour faire ce voyage. Le Projet d'Accompagnement Personnalisé s'est déroulé l'après-midi. Malgré quelques résistances que nous avons évoquées plus haut, M. R. acceptera d'investir un petit carré de jardin. L'action en elle-même n'a finalement que peu d'importance, ce qui fait sens c'est qu'il acceptera de reprendre une posture antérieure, signe qu'il a saisi, dans le réel, ses réelles capacités et les ressources nécessaires à cela.

CHAPITRE IV :

DISCUSSION THEORICO CLINIQUE

4.1/ RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE

Nous avons été très rapidement confrontés à un principe de réalité en tant qu'hypnothérapeute : celui de refus de la part de certains de nos patients à travailler avec l'hypnose. Leurs craintes étaient principalement alimentées par des croyances, des représentations, des fantasmes sur cet outil. La manipulation en filigrane, les patients pensaient perdre tout contrôle. Et quand d'autres plus vaillants acceptaient (non sans mal !), leurs réactions, leurs comportements et leurs adhésions à cet outil nous ont déstabilisés dans la nouvelle posture d'hypnothérapeute que nous prenions.

Ce travail était donc avant tout une réflexion sur notre pratique professionnelle et un questionnement sur la place de l'hypnose auprès de la population âgée. Il s'agissait de porter une réflexion sur son application mais également sur nos réactions en tant que jeune praticien hypnothérapeute dans un souci d'amélioration et d'harmonisation de notre pratique. Cet outil est-il adapté pour étayer le vécu dépressif chez l'âgé ? (Quel lien entre hypnose et rapport au corps ?) Peut-on adopter une posture moins « conformiste » (au sens technique) afin d'établir une alliance thérapeutique la plus juste ? (quel lien entre hypnose et alliance thérapeutique ?) Le sujet âgé réagit-il à nos inductions ? (la dissociation naturelle chez l'âgé est-elle liée à une temporalité particulière ?) Nous sommes donc partis du postulat que la population âgée était particulièrement apte à la dissociation de manière spontanée car elle sait que demain représente l'espace des pertes potentielles voire de la perte de soi ; et se retourner vers les espaces de vie appartenant au passé semble plus rassurant que le futur, mais aussi plus confortable que le présent. Qu'il s'agisse donc là d'une source importante dans laquelle puiser.

Nous formulons donc l'hypothèse que l'hypnose permettrait au sujet âgé de puiser des éléments de ressources et de changement dans son imaginaire (étayés par les expériences passées) afin de les mobiliser et de les intégrer dans le réel, lui permettant ainsi de dépasser symptôme et réalité du symptôme.

4.2/ CONFRONTATION DES OBSERVATIONS A LA PROBLEMATIQUE

Nous avons pour objectif de questionner la place de l'hypnose auprès du sujet âgé. Nous avons voulu illustrer nos réflexions à travers le suivi d'un seul patient. Bien entendu, le suivi en question n'est pas représentatif, car tous les sujets sont différents et toutes les situations le sont également. Toutefois, il nous a semblé intéressant d'étayer notre réflexion à travers un suivi singulier car il rassemblait, à quelque chose près, l'ensemble de nos interrogations. Il nous a également bousculé et a provoqué en nous beaucoup de réactions, a fait beaucoup écho. De ce questionnement quant à la place de l'hypnose auprès du sujet âgé, ont émané après coup trois questionnements : L'hypnose favorise-t-elle l'alliance thérapeutique ? Quel est le lien entre l'hypnose et le rapport au corps ? La dissociation naturelle chez l'âgé est-elle liée à une temporalité particulière ?

▪ MAIS TOUT D'ABORD, POURQUOI M. R. ?

Parce que ce n'était pas un sujet « facile », réticent, a priori non enclin à ce genre de démarche. Mais aussi, parce qu'il faut l'avouer, il est l'un des premiers patients qui ait accepté de « jouer le jeu » de l'hypnose avec nous. Bien évidemment parce qu'il était aux prises d'un syndrome dépressif à masque somatique et par conséquent guidé et enfermé par ses nombreuses plaintes physiques. Une forme étiologique inhabituelle en ce qui concerne les troubles de l'humeur, plus classiques, mais tellement fréquente au sein de cette population âgée. Mais aussi parce qu'il présentait un déficit sensoriel important sur le plan auditif pouvant faire obstacle à l'application de l'hypnose. Déficit sensoriel que l'on rencontre également très souvent auprès de cette population âgée. Et un déficit auditif pouvait être un frein aux séances d'hypnose : il fallait l'expérimenter avec lui. Souligner les stratégies à développer pour palier à ce déficit. Vérifier aussi si l'outil était adapté aux déficits sensoriels. Enfin, finalement au troubles du grand âge.

▪ HYPNOSE ET RAPPORT AU CORPS

Ce qui nous a semblé important de mettre en lumière dans ce travail de réflexion et après expérimentation de l'outil, est finalement que l'état de dissociation inhérent à l'hypnose, chez la personne âgée, a d'abord pour effet d'établir une relation favorable du sujet avec son corps, base d'une restauration narcissique⁴⁸ permettant donc la mise en place de nouveaux liens

⁴⁸ THÉNAULT F., (1994) « Narcissisme et vieillissement », *Retraite et société*, 6, 80-91.

objectaux⁴⁹. Pour certains auteurs, cette rencontre avec le corps est un prétexte, une occasion d'échanger avec autrui sur ce vécu somatique⁵⁰. Cela a davantage de sens chez le sujet âgé dont le corps est bien souvent un tiers à part entière qui s'exprime, qui traduit les mots en maux, mobilisant ainsi le corps et l'imaginaire et venant à favoriser les phénomènes régressifs. Ainsi, la « détente » du corps serait un préalable à la découverte de soi, à l'échange avec autrui à travers la relation établie avec le thérapeute.

Il nous semble important de souligner que l'avancée en âge est véritablement une avancée de perte en perte. Et, que le rapport au corps, même s'il est douloureux, même s'il est en déclin, est central chez le sujet âgé. Finalement, dans ce rapport au corps de l'autre (celui du patient) et au nôtre, nous nous sommes surpris à adopter des postures peut-être moins communes. Avec M. R. nous avons dès la première séance d'hypnose établi un contact physique de notre main droite apposée sur son dos. Ce mouvement s'est fait très spontanément et très inconsciemment. Un lien concret, rassurant pour lui signifier notre présence mais aussi pour compenser les déficits auditifs. La main posée sur son dos permettant sans doute aux sons de circuler et son dos de se transformer en une sorte de caisse de résonance. L'a-t-il ressenti ainsi ? A-t-il perçu davantage les sons ? Avons-nous compensé son handicap ? Nous avons peut-être simplement été dans cette démarche d'adaptation à l'autre mais aussi à cet outil comme nous le faisons en temps normal lors de suivis plus traditionnels. Toutefois, lorsque l'on est au balbutiement d'une pratique et que l'on a en tête une méthodologie « idéale », la réalité nous rattrape et bien souvent vient remettre la pratique en question. Mais ceci au final est une bonne chose. Nous avons fait confiance à notre patient et finalement nous avons fait confiance à l'outil. Nous évoquons un accordage, une harmonisation avec le patient au cours des séances. Cela, nous l'avons réellement expérimenté. Aussi, nos réactions, à l'instant ne pouvaient être qu'adaptées, conforme aux attentes du patient et sans doute guidées par un échange inconscient au cours de la séance et probablement sous le coup d'un mouvement très hypnotique, très dissociant.

Il nous semble alors essentiel de faire confiance en nos réactions, en notre instinct, en notre inconscient et peut être plus justement aux attentes du patient. L'hypnothérapie est un jeu, une danse à deux et nécessairement nous partageons avec notre patient des processus très inconscients qu'il faut apprendre à accueillir.

⁴⁹ **ROELAND R.**, (1998) « Force et fragilité du lien chez la personne âgée en institution : apports de la relaxation thérapeutique et du toucher », *La revue de Gériatrie*, 23, 2, 153-158.

⁵⁰ **MESSY J.**, (1995) « La relaxation au bout de la vie », in J. Marvaud, *Relaxation : actualités et innovations*, Volume II, Paris, P.U.F, 123-131.

▪ HYPNOSE ET DEPRESSION

Yapko (1992) définit l'hypnose comme « 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 ». L'hypnothérapeute utilise alors la suggestion pour guider le patient et l'amener à modifier son expérience subjective, à altérer ses perceptions, sensations, émotions, pensées ainsi que son comportement⁵¹.

Le sujet déprimé présente toutes les caractéristiques de l'état hypnotique, mais d'un état hypnotique douloureux. Il est absorbé en lui-même. Dans les formes plus légères de dépression, on parvient encore à retenir son attention et le faire sourire par instant. Il est en même temps ici et ailleurs, dans son monde intérieur pénible. L'hypnothérapie est donc une bonne indication puisqu'elle permet une relation d'aide et a pour objectif de faire émerger chez le patient, des ressources présentes en lui, qu'il n'utilise pas ou peu.

Ainsi, l'utilisation de l'hypnose dans le traitement de la dépression d'un sujet, au-delà de la dimension cognitive et comportementale de l'expérience, permet d'influencer la physiologie, les émotions, les relations, les significations symboliques et spirituelles, les déclencheurs de réponse spécifiques au contexte et même les récits de vie⁵². Ainsi, plus l'utilisation de l'hypnose permet la création d'un contexte favorable à l'apprentissage de nouvelles compétences et à la formation de nouvelles associations et plus le patient acquiert le pouvoir de s'assumer et d'assumer sa vie, et meilleurs sont les résultats thérapeutiques.

Mais bien évidemment l'hypnose ne guérit pas : ce qui est thérapeutique dans le processus hypnotique, c'est ce qui se passe pendant la séance. Plus précisément durant la transe, c'est-à-dire, quand le sujet est en état modifié de conscience et qu'il réalise de nouvelles associations qui lui sont bénéfiques. Elles le rendent capables de se connecter à une certaine partie de ce qu'il a vécu ou d'y faire face d'une manière différente et autrement plus bénéfique. Le patient découvre des compétences cachées auxquelles il ne sait pas accéder consciemment et le fait resurgir pendant le processus de dissociation hypnotique. La relation corps-esprit et la valeur de la suggestion permettent donc de modifier considérablement les perceptions qu'ont les gens d'eux-mêmes, de leurs corps, de leurs relations, du temps¹ ou de la quasi-totalité des autres aspects de leur vie.

⁵¹ **BIOY, A., WOOD, C., CELESTIN-LHOPITEAU, I.,** (2010). *L'aide-mémoire d'Hypnose*. Paris : Dunod.

⁵² **YAPKO, M.,** (1992). *Hypnosis and the treatment of depressions: Strategies for change*. New- York: Brunner/Mazel.

Et finalement, c'est donc bien chez le sujet âgé que les rapports au corps et au temps sont des éléments centraux, sur lesquels il faut appuyer pour influencer le processus de changement. Cet état de fait était d'autant plus vrai chez notre patient, M. R. qui avait un rapport à son corps et au temps altéré du fait de son âge avancé et des plaintes corporelles. Le syndrome dépressif de M. R. a entraîné un rétrécissement de ses centres d'intérêts, une souffrance qui s'est manifestée dans son corps (sentiment d'être en difficulté pour se mouvoir, douleurs sur la sphère intestinale, douleurs diffuses, perte de sommeil, fatigue). L'hypnose était alors complètement indiquée. Nous nous sommes rendu compte que ce dispositif nous a permis de l'accompagner de façon efficace. Qu'il a su saisir les opportunités pour réassembler ses ressources et de les sublimer dans le réel de dépasser le symptôme. Nous aurions sans doute pas constaté un changement aussi profond et rapide au cours d'une thérapie plus classique. L'hypnose nous semble alors un outil extrêmement adapté dans le cadre de ces pathologies dépressives mais au-delà, très adaptée à cette population âgée. Il est simplement nécessaire de l'adapter.

▪ TEMPORALITE ET DISSOCIATION NATURELLE CHEZ L'AGE

Une de nos interrogations portait sur la capacité du sujet âgé à accéder à l'état de transe hypnotique et à la dissociation. M. R. nous a permis (mais il n'a pas été le seul) de constater qu'en vieillissant, la temporalité est finalement vécue comme étant inversée. Le temps est davantage derrière le sujet que devant. Que la projection vers l'avenir est limitée, anxiogène voire dépressogène. Les sujets âgés ont cette capacité inhérente à cette temporalité inversée à être là sans être là : à se dissocier et à quitter un corps douloureux, amoindri pour une forme de réminiscence acceptable, rassurante et contenante. Chez le sujet âgé la source est donc pleine de souvenirs, d'expériences de ressources. Et ce constat a illustré l'application de l'hypnose conversationnelle au cours des entretiens « plus classiques ». Nous avons instinctivement déjà cette démarche mais nous avons appris à amener davantage le patient à être dans du descriptif plus que dans l'explicatif. Nous en avons fait de même également. En passant par le discours il nous a été possible, sur un mode descriptif, de potentialiser les aptitudes de M. R. à abstraire le monde qui l'entourait. Et finalement, il nous semble que ce n'est pas tant le souvenir qui importe mais la réminiscence, l'éprouvé qui y est rattaché. Dès la première séance avec l'hypnose, M. R. s'est très rapidement dissocié (sans doute parce que cet état était familier du fait de son âge et de la dépression) et a su rapidement puiser dans ses ressources. L'atelier agricole, symbole de son lieu de sécurité, en a été l'exemple phare et qui nous a très rapidement rassurés dans notre pratique. Aussi, et malgré les réticences

rencontrées auprès d'autres patients, l'hypnose nous paraît un outil très adapté à la population âgée.

▪ HYPNOSE ET ALLIANCE THERAPEUTIQUE

Il nous semble qu'à distance de ce suivi, l'hypnose nous a permis de construire une alliance thérapeutique plus forte et plus rapide. L'hypnose pouvant être représenté comme un espace au sein duquel, M. R. et nous, avons été confrontés à une réalité interpsychique commune avec tous ses mouvements transféro-contre-transférentiels et leurs effets dans l'intrapsychique. A contrario de nos suivis cliniques classiques, l'hypnose a remis le patient dans une posture active et nous, en tant que thérapeute, dans une position plus basse. Il détient les clés, il sait où, quand et comment mobiliser ses ressources. Il nous semble que cette posture permet ainsi une avancée du travail plus forte et efficiente. Au cours de ces séances avec M. R., nous avons expérimenté que nos psychismes se sont rencontrés, se sont croisés tissant ainsi une certaine affectivité qui nous a liés, faisant sens et favorisant l'alliance thérapeutique et un réel travail de co-construction.

Une bonne alliance thérapeutique est le pré-requis pour le changement dans toutes les formes de psychothérapie⁵³. Plusieurs recherches ont pointé que l'alliance thérapeutique est un médiateur du changement, les résultats de la thérapie pouvant être prédits par une évaluation précoce de l'alliance⁵⁴. Un contexte favorable au développement et au maintien d'une bonne alliance est dû à une adéquation entre les interventions du thérapeute et des caractéristiques dynamiques du patient (conflits et mécanismes de défense). A. Bioy et D. Michaux⁵⁵ nous rappelle que « *l'hypnose s'inscrit avant tout dans une relation d'aide. Elle n'a pas de pouvoir en soi, mais trouve son potentiel dans le lien interpersonnel qui se tisse entre un hypnothérapeute et son patient* ». Il s'agit alors d'investissements substitutifs qui sont à la fois internes au sujet (ses ressources) et externes (le thérapeute et la relation thérapeutique) que le sujet va trouver dans de nouvelles stratégies adaptatives.

Aussi, nous avons soulevé la question de la demande et de l'objet de la demande de suivi. Nous constatons que malgré le fait que les patients en institution ne soient que très rarement à

⁵³ **BORDIN, E.** (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.

⁵⁴ **GASTON L., MARMAR C.R., GALLAGHER D., THOMPSON L.W.** (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy progresses. *Psychotherapy Research*, 1, 104-112.

⁵⁵ **BIOY A. et MICHAUX D.** (2007). *L'hypnothérapie. Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications.* Paris : Dunod.

l'origine des demandes, l'hypnose permet de créer une alliance thérapeutique plus rapide et permet ainsi de dépasser cette problématique en compensant la relation malgré l'absence initiale de demande.

4.3/ DISCUSSION ETHIQUE

Quelle que soit la prise en charge thérapeutique, la demande et l'objet de la demande sont à questionner. Cette posture réflexive a d'autant plus de sens qu'elle est le quotidien de notre pratique auprès du patient âgé qui n'est rarement voire jamais à l'origine d'une demande de consultation auprès d'un psychothérapeute. Cette demande émane généralement de l'extérieur : l'équipe pluri-professionnelle, la famille, le médecin... L'objectif premier est donc de faire émerger en lui une demande, un désir d'être accompagné vers un changement, si tant est que le patient est en capacité de l'envisager. Mais les symptômes sont souvent également sources de bénéfices secondaires et il est important de se questionner sur les effets que pourrait avoir une psychothérapie chez un sujet âgé dont les symptômes sont présents depuis des décennies et qui finalement font parties intégrantes de lui. D'envisager alors le symptôme comme le signe d'autre chose, à l'image d'une ressource, dysfonctionnelle certes mais une ressource tout de même.

Aussi, et malgré le fait d'avoir essuyé des refus par d'autres patients en évoquant ce terme d'hypnose (pollué par les représentations sociales), nous l'avons pourtant dès le départ utilisé pour proposer un accompagnement à M. R. Il semblerait d'ailleurs que l'utilisation du terme « hypnose » participerait à la qualité des résultats obtenus⁵⁶. Nous l'avons explicité mais nous n'avons pas voulu trop en dire, pour ne pas amener le patient à avoir une vision trop précise de l'outil. Il nous semblait important de privilégier l'éprouvé de l'expérience par rapport à la rationalisation et la réassurance. Pour d'autres patients, nous ne l'évoquons pas du tout. Nous la faisons expérimenter et seulement ensuite nous expliquons au patient qu'il s'agissait d'une séance d'hypnose. Cette réflexion, parce que la pratique est nouvelle, nous confronte à un questionnement éthique. Celle de rechercher le consentement éclairé du patient. Mais finalement, les techniques thérapeutiques utilisées sont-elles à expliciter ? L'image des psychothérapies est parfois déjà biaisée par de nombreuses représentations qui bloquent l'accès du patient à l'accompagnement. Venir rajouter des représentations négatives serait un

⁵⁶ **BIOY A.** Hypnose, psychothérapie et psychologie clinique, *Perspectives Psy*, EDK, Groupe EDP Sciences, 2005/5, vol.44, p 346-354

frein supplémentaire¹ venir expliquer dans le détail cet outil retirerait sans doute une partie du « magique » qui peut là aussi avoir valeur de réussite dans la thérapie. Ainsi, il nous semble bien entendu évident d'adapter notre posture en fonction des patients. Mais il ne semble pas si important de tenir une position éthique rigide¹ Il faut dédramatiser l'hypnose et dédramatiser dans notre pratique. Ne pas l'enfermer dans un écrin¹ Et peut-être utiliser des termes moins connotés socialement comme « travail avec l'imaginaire » ou « relaxation dynamique¹

Finalement, l'hypnose questionne peut-être la question de la manipulation et du rapport patient/thérapeute. Ce qui nous semble aujourd'hui encore difficile c'est cette position encore plus basse que nous devons adopter afin de laisser le champ libre au patient pour se saisir de ses ressources et les modifier. Ne plus étayer notre pratique uniquement sur la mise en sens du vécu, des symptômes¹ de faire, en somme, encore plus confiance au patient.

4.4/ APPORT DE CETTE REFLEXION ET OUVERTURE

L'une des orientations majeures dans les établissements et médicaux sociaux, dont les EHPAD font parties, est la prise en compte des attentes de la personne dans la démarche de projet d'accompagnement personnalisé et qui se réfère directement à la recommandation cadre de l'ANESM⁵⁷ sur la Bienveillance et inscrit dans le droit fil des principes de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette loi vise à favoriser l'expression et la participation de l'utilisateur dans la conception et la mise en œuvre du projet qui le concerne. Elle vise à interroger l'organisation et le fonctionnement des établissements et services pour favoriser cette dimension de la personnalisation de l'accompagnement. Elle concerne également les usagers et leurs représentants, et de manière plus globale, l'entourage des usagers.

Les usagers sont, pour la plupart, en situation de vulnérabilité lors de leur rencontre avec les professionnels. Ces derniers doivent donc être à leur écoute pour rechercher, susciter, et accompagner cette participation afin qu'elle soit effective. Chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers, que le professionnel s'emploie à intégrer dans le projet. Le processus à mobiliser pour cela est une véritable co-construction entre la personne et l'accompagnant qui représente la meilleure réponse que peuvent apporter les professionnels

⁵⁷ Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux.

face au risque d'une approche standardisée et qui s'opposerait à l'objectif de personnalisation. Ainsi, cette recommandation appelle les professionnels du secteur social et médico-social à porter un regard nouveau sur les rapports qu'ils entretiennent avec les usagers et leur entourage. Elle s'inscrit dans cette finalité en proposant d'adopter une posture d'alliance, supposant « *un croisement des savoirs et des pratiques qui, sans supprimer les statuts, permette à chacun une reconnaissance* ».

Cette démarche qualifiée tournée vers chaque résident est une des missions dont le psychologue est garant en institution. Toutefois, ces mêmes personnes ne sont que rarement partie prenante de leur Projet d'Accompagnement Personnalisé car bien souvent aux prises avec de multiples difficultés physiques et psychologiques, qui les enlisent et les limitent dans leur participation. Il n'est pas si simple quand on a atteint le grand âge, après avoir quitté son domicile, après avoir essuyés des deuils passés ou des pertes plus récentes d'avoir des désirs. Souvent, ils sont en perte d'élan vital et ne veulent pas s'inscrire dans cette démarche. Et il n'est pas si simple de mobiliser ces patients âgés. Toutefois, nous nous sommes saisis de cet outil d'hypnose pour engager notre patient dans une réelle implication de son projet, dans le réel. En faisant appel à ses ressources, à ses compétences et en remobilisant ses désirs et ses envies.

Ainsi, il nous semble que l'hypnose peut également être employée comme un levier permettant de recentrer le résident au centre de l'accompagnement et lui permettre de se saisir, dans le réel, des leviers qui sont à sa disposition afin de reconstruire son véritable projet de vie. L'hypnose pouvant ainsi être considéré comme un outil institutionnel.

Pour conclure, il nous apparaît aujourd'hui manifeste que l'hypnose permet au sujet âgé de puiser des éléments de ressources dans son corps et son imaginaire, au regard de cette capacité de dissociation liée à son âge et à sa temporalité, et d'en faire quelque chose dans le réel, pour dépasser les symptômes et réalités des symptômes. M. R. s'en est saisi pour enclencher un processus et un mouvement de changement qui lui ont été bénéfiques.

CONCLUSION

Notre expérience de l'hypnose auprès du sujet âgé nous a permis de mettre à jour un outil puissant et efficient. Et malgré les représentations biaisées que peuvent avoir cette population au sujet de l'hypnose et qui peuvent impacter sur leur adhésion à ce dispositif, elle y est au final très réceptive.

L'hypnose apporte à la pratique clinique classique une posture supplémentaire, en ce sens où l'état hypnotique permet de déplacer, avec une relative facilité, le point de vue (sur une partie du corps, une situation...) dans un mouvement de flexibilité. Elle permet également d'appréhender concrètement la capacité à adopter des perspectives différentes et nouvelles. Ainsi, en parvenant à un état de transe hypnotique, le sujet âgé est témoin de ce dans quoi il est habituellement engagé sans même s'en rendre compte.

Ce qui nous semble novateur et thérapeutique, c'est que cela lui permet de vivre une expérience et en même temps de l'observer. D'être à la fois passif et actif de ce qui se joue en lui. L'expérience de l'hypnose permet alors au sujet d'expérimenter sa capacité à dénouer d'anciens liens, d'en établir de nouveaux et d'explorer sa faculté à se détacher et à examiner le caractère « double » de cette expérience qui lui est déjà familière - en ce sens où l'âge ou le très âgé est naturellement dans ce processus de dissociation au quotidien. Il est ici et ailleurs. Il est dans le présent mais aussi dans le passé.

Notre questionnement quant à la place de l'hypnose s'est donc confronté à notre réalité clinique. Malgré les impressions pré et post séances, l'hypnose nous apparaît comme un outil très adéquat à cette population âgée. Car dans sa posture naturellement dissociée, le sujet âgé y est très sensible. Cela nous permet alors d'engager avec lui une psychothérapie dont les changements peuvent être rapides et concrets. Il s'agit donc là d'un outil adapté qui nous semble évident d'intégrer à notre pratique clinique quotidienne et ce, quelles que soient les pathologies dont peuvent souffrir le sujet âgé.

BIBLIOGRAPHIE

- **BALIER C.** Les changements de l'économie libidinale au cours du vieillissement. *In sociale C, ed. Le temps et la vie, les dynamiques du vieillissement, de Jean Guillaumin et Hélène Reboul.* 1973.
- **BARLING N.R. & DE LUCCHI D.A.G.** (2004). Knowledge, attitudes and beliefs about clinical hypnosis. *Australian Journal of clinical and experimental hypnosis*, 32(1), 36-52.
- **BECCHIO J, JOUSSELIN C.** Nouvelle hypnose psychodynamique. Paris: Ed Desclée de Brouwer/La méridienne; 2009.
- **BENHAIEM JM.** Les caractéristiques et le champ d'application de l'hypnose en analgésie. *Douleurs* 2002;3 : 16-25.
- **BENHAIEM JM.** Les principes actuels de la thérapie par l'hypnose. *L'hypnose aujourd'hui.* Paris: Ed In Press; 2005. p. 17-23.
- **BIANCHI H,** « Travail du vieillir et ôtravail du trépasö », *Psychanalyse à l'université*, 5, 20, 1980, p. 613-619.
- **BIANCHI H.** *Psychodynamique du vieillissement*, in : Léger J.-M., ClémentJ.-P. & Wertheimer J. (Eds.). *Psychiatrie du sujet âgé*, pp. 46-5,1999, Paris, Flammarion.
- **BIOY A. et MICHAUX D.** (2007). *L'hypnothérapie. Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications.* Paris : Dunod.
- **BIOY A.** Hypnose, psychothérapie et psychologie clinique, *Perspectives Psy*, EDK, Groupe EDP Sciences, 2005/5, vol.44, p 346-354
- **BIOY A.** Quelle pratique de l'hypnose pour les soins palliatifs ? *Med Pal* 2006; 5: 328-32.
- **BIOY, A., WOOD, C., CELESTIN-LHOPITEAU, I.,** (2010). *L'aide-mémoire d'Hypnose.* Paris : Dunod.
- **BORDIN, E.** (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- **BURROUGHS H., LOVELL K., MORLEY M., BALDWIN R., BURNS A., CHEW-GRAHAM C.** « Justifiable depression »: how primary care professionals and patients view late-life depression ? A qualitative study. *Fam Pract.* 2006; 23(3): 369-77.
- **CAPAFONS A., MENDOZA M.E., ESPEJO B., GREEN J.P., LOPES-PIRES C., SELMA M.L., FLORES D., MORARIU M., CRISTEA I., DAVID D., PESTANA J.**

- & CARVALLHO C. (2008). Attitudes and beliefs about hypnosis : a multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, 25(3-4), 141-155.
- **CAPAFONS A., MENDOZA M.E., ESPEJO B., GREEN J.P., LOPES-PIRES C., SELMA M.L., FLORES D., MORARIU M., CRISTEA I., DAVID D., PESTANA J. & CARVALLHO C.** (2008). Attitudes and beliefs about hypnosis : a multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, 25(3-4), 141-155.
 - **CAPAFONS A., MENDOZA M.E., ESPEJO B., GREEN J.P., LOPES-PIRES C., SELMA M.L., FLORES D., MORARIU M., CRISTEA I., DAVID D., PESTANA J. & CARVALLHO C.** (2008). Attitudes and beliefs about hypnosis : a multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, 25(3-4), 141-155.
 - **DESAI G., CHATURVEDI S.K., RAMACHANDA S.** (2011). Hypnotherapy: fact or fiction. A review in palliative care and opinions of health professionals. *Indian Journal of palliative care*, 17, 146-149.
 - **DESAI G., CHATURVEDI S.K., RAMACHANDA S.** (2011). Hypnotherapy: fact or fiction. A review in palliative care and opinions of health professionals. *Indian Journal of palliative care*, 17, 146-149.
 - **DESCLOUX F., GROSJEAN A.** *Les représentations sociales de l'hypnose : une réflexion sur son acceptation dans les soins*. Haute Ecole de Santé Vaud Filière Physiothérapie, Lausanne 2012.
 - **DUFF S., NIGHTINGALE D.** Alternative approaches to supporting individuals with dementia: enhancing quality of life through hypnosis. *Alzheimer Care Today* 2007; 8:321-31.
 - **FAYMONVILLE ME, BOLY M, LAUREYS S.** Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiol* 2006; 99: 463-9.
 - **FERENCZI S.,** « Pour comprendre les psychonévroses du retour d'âge » (1921), *Œuvres complètes. Psychanalyse III (1919-1926)*, Paris, Payot, 1974, p. 150-155.
 - **FREUD S.,** *Correspondance (1873-1939)*, Paris, Gallimard, 1979.
 - **GASTON L., MARMAR C.R., GALLAGHER D., THOMPSON L.W.** (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy progresses. *Psychotherapy Research*, 1, 104-112.
 - **GIDE, A.** *Ainsi soit-il ou Les jeux sont faits* (1952), Gallimard, 2001.
 - **GREEN J.P., PAGE R.A., RASEKHY R., JOHNSON L.K. & BERNHARDT S.E.** (2006). Cultural views and attitudes about hypnosis: a survey of college students

across four countries. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(3), 263-280.

- **HALEY J.** Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson. Paris: Desclée de Brouwer; 2007.
- **LANG EV, BANOTSCH EG, FICK LJ, et al.** Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet* 2000;355 : 1486-90.
- **LE GOUES G.,** *Le Psychanalyste et le Vieillard*, Paris, Puf, 1991.
- **MASTERS W.H. & JOHNSON V.E.** *Les réactions sexuelles*, Paris, 1968, Robert Laffont.
- **MESSY J.** *La personne âgée n'existe pas. Bibliothèque, 1994, Payot.*
- **MESSY J.,** (1995) « La relaxation au bout de la vie », in J. Marvaud, *Relaxation : actualités et innovations*, Volume II, Paris, P.U.F, 123-131.
- **MICHAUX M.** La représentation sociale de l'hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose. *Perspectives Psy*, 44(5), 341-345. 2005.
- **MICHAUX M.** La représentation sociale de l'hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose. *Perspectives Psy*, 44(5), 341-345. 2005
- **MONFORT J.C.,** « Spécificités psychologiques des personnes très âgées », *Gérontologie et société* 3/2001 (n° 98), p. 159-187.
- **MONFORT J.C.** *La crise suicidaire et le syndrome de glissement chez la personne âgée*, Paper presented at the Conférence de consensus : La crise suicidaire, 2000.
- **MONFORT J.C., MANUS A. & PIETTE F.** *Guide pratique de psychogériatrie*, 1993, Elsevier (Laboratoires Lily).
- **NECKELMANN D., MYKLETUN A., DAHL A.A.** Chronic insomnia as a risk factor for developing anxiety and depression. *Sleep*. 2007; 30(7): 873-80.
- **PERUCHON M.,** *Le Déclin de la vie psychique*, Paris, Dunod, 1994.
- **QUINODOZ D.** *Le travail de vieillir, L'information psychiatrique*, 1994, 319-32.
- **QUINODOZ D.** *Psychothérapie et personnes âgées : le point de vue d'une psychanalyste*, in : Léger J.-M., Clément J.-P. & Wertheimer J. (Eds.). *Psychiatrie du sujet âgé*, pp. 407-422, 1999, Flammarion.
- **RAINVILLE P, CARRIER B, HOFBAUER RK, et al.** Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain* 1999; 82 : 159-71.

- **RAINVILLE P.** *L'imagerie cérébrale fonctionnelle et la « neurophénoménologie » de l'hypnose*. In: Benhaiem JM, editor. *L'hypnose médicale*. Medline Ed: Paris; 2003. p. 51-61.
- **ROELAND R.**, (1998) « Force et fragilité du lien chez la personne âgée en institution : apports de la relaxation thérapeutique et du toucher », *La revue de Gériatrie*, 23, 2, 153-158.
- **ROUSTANG F.** *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Paris: Les éditions de Minuit; 1994/2003.
- **ROUSTANG, F.** *Savoir attendre ó Pour que la vie change*, 2006, Odile Jacob.
- **SEBAG-LANOË R., LEFEBVRE-CHAPIRO S., WETZEL-TARAVANT M.F. ET AL.** Accompagnement du malade âgé en fin de vie. Aspects psychorelationnels, in : Léger J.-M., Clément J.-P. & Wertheimer J. (Eds.). *Psychiatrie du sujet âgé*, pp. 479-488, 1999, Paris, Flammarion.
- **SIMEONE I.** La réaction de catastrophe chez le vieillard dément. *Psychothérapie des démences*. 1998 : 124-6.
- **SIMON EP, CANONICO MM.** Use of hypnosis in controlling lumbar puncture distress in an adult needle-phobic dementia patient. *Int J Clin Exp Hypn* 2001;49:56-67.
- **THÉNAULT F.**, (1994) « Narcissisme et vieillissement », *Retraite et société*, 6, 80-91.
- **THOMAS P., HAZIF-THOMAS C.**, « Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée », *Gérontologie et société* 3/2008 (n° 126), p. 141-155.
- **THOMSON L.** (2003). A project to change the attitudes, beliefs and practices of health professionals concerning hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46, 31-41.
- **VERDON B.**, « Bibliographie », *Le vieillissement psychique*, Paris, Presses Universitaires de France, «Que sais-je ?», 2013, 128 pages
- **WAERN M., BESKOW J., RUNESONB. & SKOOG I.** *Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide [letter]*, *Lancet*, 1999, 354, 917-8.
- **YAPKO, M.**, (1992). *Hypnosis and the treatment of depressions: Strategies for change*. New- York: Brunner/Mazel.

RESUME ET MOTS-CLEFS

Cette étude propose de questionner la place de l'hypnose auprès de cette population âgée. Il ne s'agit pas ici de porter un jugement sur cet outil mais davantage de nous questionner et de poser une réflexion sur son application dans la clinique. Cette réflexion est illustrée par le suivi d'un patient à qui nous avons proposé de traiter un syndrome dépressif à masque somatique. Cette expérimentation nous a permis de questionner les liens entre hypnose et rapport au corps chez l'âge? Si l'hypnose favorise l'alliance thérapeutique? En quoi la dissociation naturelle chez l'âge est liée à une temporalité particulière? Ainsi, nous faisons l'hypothèse que l'hypnose permet au sujet âgé de puiser des éléments de ressources et de changement dans son imaginaire (étayés par les expériences passées) afin de les mobiliser et de les intégrer dans le réel, lui permettant ainsi de dépasser symptôme et réalité du symptôme.

Notre expérience de l'hypnose auprès du sujet âgé nous a permis de mettre en relief un outil puissant et efficient. Et malgré de nombreuses représentations biaisées que cette population peut avoir de l'outil, elle y est finalement très sensible. L'hypnose apporte à la pratique clinique classique une posture supplémentaire en ce sens où l'état hypnotique permet de déplacer avec une relative facilité le point de vue familier (sur une partie du corps, une situation...) dans une sorte de flexibilité éprouvée et définie comme la capacité à adopter des perspectives différentes sur un même « objet ».

L'hypnose nous apparaît comme un outil très pertinent auprès de cette population âgée. Car dans sa posture naturelle dissocié, le sujet âgé y est très sensible mais aussi parce qu'il nous permet d'engager avec lui une psychothérapie brève avec de réels changements.

MOTS-CLEFS

Sujet âgé - Dépression masquée - Hypnose ó Alliance thérapeutique
